

MORTALIDAD MATERNA

Un problema de salud pública y derechos humanos

MORTALIDAD MATERNA: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS

Coordinación general:

Eleonor Faur

Raúl Mercer

Silvina Ramos

Asesoría técnica:

María Luisa Ageitos

Colaboración:

Lila Azenberg

Diseño: ZkySky

Coordinación editorial:

Área de Comunicación - UNICEF. Oficina de Argentina.

Junín 1940, PB (C1113AAX), Ciudad de Buenos Aires, 2003.

ISBN: 987-9286-26-X

MORTALIDAD MATERNA: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS

La Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada en 1948 reconoció, por primera vez en la historia, que la protección de la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad. Años después, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), estableció que los estados deben garantizar a las mujeres "servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto". Finalmente, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ratificó, en su artículo 24, que los estados deben "asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada para las madres" y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo "orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar".

Seguramente, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud en América Latina y también en la Argentina supuso durante el siglo XX una importante mejoría en las condiciones de atención de la salud de las mujeres y de la niñez. Sin embargo, las muertes maternas continúan representando un problema persistente no siempre abordado en profundidad.

En la Argentina, han fallecido en el año 2001 más de 300 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Esto representa una tasa de 43 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El 12% de estas mujeres es menor de 19 años. Además, hay regiones del país donde esta tasa se multiplica por tres o por cuatro. Si se considera que países con un Índice de Desarrollo Humano similar, como Chile o Uruguay, presentan tasas de mortalidad materna de entre 23 y 26 por cada 100.000 nacidos vivos, es evidente que estamos frente a un problema que puede y debe disminuir, en la medida en que se definan y desarrollen políticas coherentes y acciones sostenidas en el tiempo.

La mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer. Da cuenta de una cadena de vulneraciones de principios básicos, como el derecho a la vida y el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud. Para hacer frente a este problema, se requiere de estrategias específicas para la atención de las mujeres desde su más temprana edad y el compromiso comunitario, familiar y de los servicios de salud en pos de una maternidad segura.

La República Argentina se encuentra en un momento clave y crítico en lo referente a la salud de las mujeres y es trascendental el impacto que tienen sobre ésta los aspectos relacionados específicamente con la salud sexual y reproductiva.

Si bien desde el advenimiento de la democracia comenzaron lentamente a disminuir algunos obstáculos políticos y culturales en algunas jurisdicciones que impedían el acceso de las mujeres y las familias a servicios de salud sexual y procreación responsables, recién a fines de 2002 y a partir del fuerte impulso que se brindó desde el Ministerio de Salud de la Nación, en forma conjunta con las organizaciones civiles y las sociedades científicas, y la voluntad política del gobierno y de los legisladores nacionales, fue sancionada la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta ley crea el Programa Nacional correspondiente que depende del Ministerio de Salud de la Nación. Este Programa tiene como objetivo garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres del país como una política de Estado.

En este contexto, generar las condiciones para poder ofrecer en los servicios de salud consejería en salud sexual y reproductiva, atención médica especializada en la temática y acceso a los insumos anticonceptivos es uno de los ejes de la actual política sanitaria delineada por el Ministerio. Es intención de la autoridad sanitaria profundizar dichas acciones en el sector público, con el propósito de disminuir las inequidades existentes en las poblaciones de menores recursos.

Este Programa, aunque tardío en cuanto a dar respuesta a la histórica demanda en cuestiones de derechos y necesidades de las mujeres de nuestro país, busca recuperar el tiempo perdido y apoyarse para su implementación en la existencia de un fuerte consenso de la sociedad argentina para abordar el tema seriamen-

te, con madurez y responsabilidad, atendiendo a la defensa de la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos y las ciudadanas que habitan nuestro territorio, sin ningún tipo de exclusión.

Esta publicación es el resultado de un seminario nacional organizado por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de la Mujer, con la cooperación de UNICEF - Oficina de Argentina y la Organización Panamericana de la Salud. Durante sus jornadas, se vincularon esfuerzos nacionales y de agencias internacionales para poner en debate un tema que en la Argentina de hoy va consolidando su espacio progresivamente. Expositores provenientes de distintos países latinoamericanos y de diversas provincias argentinas realizaron los aportes que hoy compilamos y difundimos en el presente material.

Es nuestro deseo que este libro constituya para los equipos técnicos y para los estudiosos del tema una auténtica herramienta que no sólo permita conocer esta realidad sino que, a partir de su conocimiento, permita transformarla.

Jorge Rivera Pizarro,
Representante de UNICEF. Oficina de Argentina

Ginés González García,
Ministro de Salud, Argentina

ÍNDICE

Introducción	
por Eleonor Faur, Raúl Mercer y Silvina Ramos	11
Palabras de apertura	
por Raúl Mercer	15
PRIMERA PARTE	
Salud pública y derechos humanos	21
1. Vía crucis de la muerte materna	
por Gladys Acosta Vargas	22
2. La mortalidad materna argentina hacia el año 2000	
por Jorge Vinacur	37
3. La mortalidad materna en América Latina y el Caribe: una breve reflexión	
por Virginia Camacho	43
SEGUNDA PARTE	
Políticas públicas e iniciativas de la sociedad civil	49
1. Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable - Provincia del Chaco	
por Gustavo Agolti	50
2. Programa de Salud Reproductiva en la Provincia de Mendoza	
por Ana María Andía	66
3. Programa de Procreación Responsable de Rosario	
por Elda Cerrano	80
4. Salud Sexual y Reproductiva: un programa en marcha	
por Lucila Silvia Zonco y Mónica Oppezzi	87
5. Acompañamiento y control ciudadano para el fortalecimiento de Programas de Salud Sexual y Reproductiva	
por Ana María Gil	99

TERCERA PARTE

Actores políticos y estrategias de acción	103
1. Salud reproductiva en la perspectiva de los derechos humanos y el desarrollo social	
por Pablo Vinocur	104
2. Mortalidad materna y medios de comunicación	
por Mariana Carbajal	116
3. Mortalidad materna: un caso de femicidio	
por Diana Maffia	125
4. Mortalidad materna: un genocidio oculto	
por María Alicia Gutiérrez	128
Palabras de cierre	
por Carmen Storani	140

ANEXOS

1. Mujer y salud. Nota técnica N.º 1	
Consejo Nacional de la Mujer	148
2. Mujer y salud. Nota técnica N.º 2	
Consejo Nacional de la Mujer	150
3. Notas informativas N.º 1	
Centro de Estudios de Estado y Sociedad	196
4. Mortalidad materna. Estrategia para su reducción en América Latina y el Caribe	
UNICEF - Oficina Regional	210
5. Listado de participantes del seminario nacional “Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos”	257

INTRODUCCIÓN

*Eleonor Faur, Raúl Mercer
y Silvina Ramos**

Esta publicación es el resultado del seminario nacional “Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos”, realizado en la Biblioteca Nacional, en Buenos Aires, el 9 de agosto de 2001, y que reunió a equipos de salud y de desarrollo social, organizaciones de la sociedad civil, investigadores y funcionarios de gobierno.

Desde el primer momento, el equipo de trabajo constituido para impulsar esta iniciativa comprendió que algunas consideraciones históricas, éticas y estratégicas legitimaban una propuesta de este tipo.

Dos procesos positivos convergían en el país. Por un lado, la consolidación de ciertas líneas de trabajo en el campo de las políticas sociales y de salud de la mujer, tanto en el nivel nacional como en las diferentes provincias. Por el otro, la mayor visibilización de los efectos de la transición epidemiológica, demográfica y cultural, propios de la globalización. Estas dos situaciones legitimaron la invitación a realizar un debate informado acerca de una temática específica: la mortalidad materna y su relación con la definición de estrategias de salud pública y protección de derechos humanos de las mujeres, aspectos frecuentemente soslayados u ocultos en las agendas de las políticas públicas del país. A esta coyuntura, se sumó la voluntad explícita de los entonces responsables institucionales de políticas públicas por promover este debate y construir consensos acerca de las estrategias más eficaces para su abordaje.

* Eleonor Faur es coordinadora del Área de Mujer y Equidad de Género, Unicef - Oficina de Argentina.

Raúl Mercer es investigador visitante del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). En el momento del seminario se desempeñaba como Coordinador de Equipos Técnicos de la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales del Ministerio de Salud de la Nación.

Silvina Ramos es directora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). En el momento del seminario se desempeñaba como Asesora del Consejo Nacional de la Mujer.

Las consideraciones éticas mostraban la necesidad impostergable de considerar la mortalidad materna desde la perspectiva de los derechos humanos, en tanto ejemplo del modo como la vulneración de derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres termina afectando su propio derecho a la vida. Nuestro país constituye un caso paradigmático en América Latina, caracterizado por fuertes e injustas asimetrías sociales y generacionales en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, lo que se refleja en diferencias de equidad en el acceso y la provisión de servicios de salud, educativos y sociales orientados a garantizar esos derechos. De tal modo, las políticas públicas deben enfrentar un importante desafío y recuperar en su agenda cuestiones que –pese a su relativo descuido– afectan de un modo irreversible a muchas mujeres y a sus familias.

Por último, las consideraciones estratégicas resaltaban el peso y significado de la multidimensionalidad y multicausalidad que acompañan las decisiones y procesos reproductivos de las mujeres, y que frecuentemente se traducen en enfermedades, secuelas y muertes. Estas evidencias, sobradamente ilustradas por la experiencia acumulada y mediante la información disponible en la literatura regional y nacional, obliga a diseñar estrategias de intervención social que coordinen intereses, recursos y voluntades para abordar los múltiples determinantes de la morbimortalidad materna.

Por esas razones, este seminario nacional fue la consecuencia de un esfuerzo integrado de organismos gubernamentales (Consejo Nacional de la Mujer y Ministerio de Salud, por medio de la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales) y de la valiosa cooperación técnica y financiera de dos agencias de las Naciones Unidas (UNICEF y OPS/OMS).

Por su parte, la coordinación intersectorial de dos instituciones gubernamentales significó un ejemplo sobre la posibilidad de encarar un trabajo colaborativo. Es bien conocida la dificultad existente en la gestión de políticas y programas, debido a la lógica y la rigidez de las diferentes instituciones y los organismos del Estado. En nuestro caso, el motivo de la convocatoria actuó como elemento superador, orientado a descubrir nuevos campos de acción y modalidades innovadoras de gestión en materia de políticas públicas. La consecuencia deseada, y explícita a la vez, era la de emular este mismo modelo de gestión en el

plano de las provincias, apostando a una nueva forma de federalismo. Por este motivo, la convocatoria a los participantes respondió a un estilo de cogestión participativa entre las Áreas de Mujer y Salud de las veinticuatro jurisdicciones, en un plano de horizontalidad y respeto entre los organismos nacionales y sus contrapartes provinciales.

La presente publicación, además de brindar un marco de análisis para la mortalidad materna, rescata experiencias concretas de intervención y pretende ser una herramienta de trabajo, sensibilizadora y movilizadora, para recrear las propias prácticas en el campo de la salud de la mujer desde una perspectiva de derechos. Pretende, además, ser un llamado y una apelación a los decisores sobre el alto costo que adquieren las omisiones y las postergaciones de los derechos, en término de muertes que pueden y deben evitarse y del deterioro de la calidad de vida de muchas mujeres de nuestro país.

Las y los lectores encontrarán en el desarrollo de este trabajo diferentes contenidos ordenados según diferentes perspectivas y campos de análisis. La primera parte presenta un abordaje desde el campo de la salud pública y los derechos humanos. Gladys Acosta Vargas ubica las muertes maternas en un territorio que excede la problemática de la salud para configurarse como una violación de los derechos humanos de las mujeres y recompone la historia evolutiva que acompaña la muerte de cada mujer. Jorge Vinacur caracteriza la situación de la mortalidad materna en nuestro país y las diferentes contribuciones del sector salud. Finalmente, Virginia Camacho caracteriza y reflexiona sobre la epidemiología de la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe y propone estrategias para su reducción.

La segunda parte está destinada a rescatar experiencias demostrativas en materia de programas del Estado o de la sociedad civil que atienden la problemática de salud de las mujeres. Gustavo Agolti, Ana María Andía, Elda Cerrano y Lucila Zonco junto con Mónica Oppezzi describirán las iniciativas estatales del Chaco, Mendoza, Rosario (Santa Fe) y Neuquén, respectivamente; Ana María Gil presentará la desarrollada a través de la Asociación Ecuménica de Cuyo, para fortalecer desde la sociedad civil la estrategia del programa provincial de Mendoza.

La tercera parte está destinada a valorar el rol de los actores políticos y sus estrategias de acción. Pablo Vinocur analiza el papel de la política pública para la disminución de un problema que caracteriza como relativo a los derechos humanos y el desarrollo social. María Alicia Gutiérrez ubica la temática desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y llama la atención sobre la necesidad de fortalecer la demanda y articular acciones políticas intersectoriales para su abordaje. Ambos analizan la salud reproductiva desde la perspectiva de los derechos humanos. Por su parte, Mariana Carbajal confronta el rol de los medios ante la problemática de salud sexual y reproductiva, dando cuenta del modo como se construyen la información y las “noticias”. Finalmente, y desde la perspectiva del ejercicio de la ciudadanía, Diana Maffía aborda la mortalidad materna como forma de “femicidio”.

Además de los contenidos relativos a las presentaciones realizadas durante el evento, se incluyen en este volumen las palabras de apertura y cierre de los entonces responsables de esta temática el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de la Mujer y se incorporan al final del libro una serie de Notas técnicas difundidas por el Consejo Nacional de la Mujer en todo el territorio nacional y la versión actualizada de las Notas informativas CEDES de abril de 2002 sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Pensamos que tanto las Notas técnicas como las Notas informativas pueden resultar de utilidad como material de consulta. Por último, se incorporan las recomendaciones de UNICEF que forman parte de la Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe.

Se enumeran los/las participantes del encuentro como reconocimiento a quienes contribuyeron con su presencia y conocimiento al fortalecimiento de este espacio de trabajo y como forma de promover un mayor conocimiento interpersonal y trabajo integrador de aquellas personas e instituciones de nuestro país que están preocupadas por la salud y los derechos de la mujer.

Sobre la base de experiencias evaluables y demostrativas podremos ir construyendo un camino diferente cuya meta principal sea garantizar los derechos, mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres argentinas, al mismo tiempo que podremos ir comprendiendo si las estrategias elegidas resultan apropiadas.

Ésta es la tarea que las mujeres de nuestro país están demandando.

Raúl Mercer

Bienvenidos al Seminario nacional de “Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos”. Este seminario está organizado por el Consejo Nacional de la Mujer, la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales (UCEPMIYN) del Ministerio de Salud, la Secretaría de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social, UNICEF - Oficina de Argentina y OPS-Argentina.

El objetivo del presente encuentro es el de generar un debate informado y multidisciplinario orientado al fortalecimiento del diseño y la implementación de políticas públicas e intersectoriales destinadas a reducir la morbimortalidad materna en la Argentina.

La presencia de la UCEPMIYN no es circunstancial, por el contrario, atiende a una necesidad explícita de nuestro programa de plantear estrategias de abordaje de aquellos problemas de salud que, por su dimensión y complejidad, requieren un escenario participativo y multiactoral. Atendiendo a esta visión estratégica, la realidad nos está demandando respuestas que tomen en consideración los diferentes determinantes y factores que contribuyen a la aparición de desenlaces negativos en materia de salud, como es el caso de las muertes maternas.

Ha sido demostrado, a través de las evidencias que surgen de las experiencias de los países y de la información del campo de la salud pública, que las muertes maternas son expresión de un espectro de circunstancias que coexisten y se potencian a lo largo de la vida de la mujer. Las muertes maternas son la resultante final de una cadena de eventos, muchos de ellos preanunciados, previsibles y en su mayoría evitables.

Las muertes maternas son, además, un claro ejemplo de nuestro grado de limitación del sector salud en general y del médico en particular para responder en forma efectiva a un problema que, por su carácter complejo, sobrepasa nuestra capacidad de respuesta.

Pensamos que existen atribuciones y responsabilidades que deben ser asumidas desde el sector salud pero en el marco de definiciones que integren el componente asistencial y los de carácter contextual.

Sin dejar de lado la complejidad y multidimensionalidad de la problemática que nos convoca, podríamos preguntarnos cuáles son las contribuciones que podríamos realizar desde la cotidianidad y nuestros espacios de trabajo. ¿Cuál es nuestra respuesta frente al evento de una muerte materna? ¿Qué mecanismos y procesos se ponen en marcha para indagar y evitar la ocurrencia de nuevos decesos? ¿Habrá llegado el momento de replantearnos si nuestras posturas y comportamientos profesionales se ajustan en gran medida a lo que la población está esperando de nosotros? ¿Cómo podemos redescubrir desde la obiedad la existencia de caminos y modalidades alternativas más eficientes que puedan ayudarnos a entender y atender esta problemática? Y lo que es más importante: cómo abordarla.

El momento que atraviesa nuestro país, dada la actual coyuntura, se traduce en punto de inflexión histórica caracterizado por el sinceramiento de nuestra sociedad ante problemas que históricamente no han tenido respuesta o, si la han tenido, fue en gran medida a partir intereses sectoriales y no desde la perspectiva del interés común.

En este sentido, existen múltiples motivos que contribuyen a que el significado de este encuentro adquiera un carácter auspicioso. Por un lado, vemos en el trabajo intersectorial un imperativo y una demanda que tienden a generar un espacio de corresponsabilidad desde nuestros puestos de trabajo para dar respuesta a esta problemática tan compleja. De allí nuestro reconocimiento y agradecimiento a los responsables de las áreas de Mujer y de Salud Materno Infantil Juvenil de las provincias por su presencia. Aspiramos a que como debate constructivo pueda emularse esta misma filosofía de trabajo en todas las provincias

apuntando a un nuevo modelo de gestión de programas y políticas de Estado y apelando a una nueva forma de federalismo participativo.

Deseamos que este evento se constituya en un espacio de crecimiento cognitivo, profesional y, como consecuencia necesaria, generar un impacto beneficioso sobre la población, que demanda respuestas por parte del Estado.

Con relación a la situación de la mortalidad materna en la Argentina, ustedes saben muy bien que nuestro país asumió un compromiso en oportunidad de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia donde se comprometía a reducir la mortalidad sobre la base de determinar metas a cumplir. Hoy, luego de 10 años de ese compromiso, las metas acordadas en nuestro país han mostrado logros sólo en forma parcial. Contar con metas predefinidas nos permite objetivar el camino recorrido. Pensemos que antes, al carecer de metas, nuestra preocupación surgía por la incertidumbre ante el desconocimiento del rumbo de las políticas y las acciones. Hoy nuestra preocupación se exterioriza porque conocemos la magnitud del problema y nuestra responsabilidad para identificar las estrategias y las áreas en las que debemos profundizar nuestro accionar. En este sentido, en el año 2000, la UCEPMIYN decidió abordar esta temática con nuevas líneas de acción y con un sentido transformador.

En el documento “La salud de las madres, los niños y las niñas: una apuesta por la vida”, se detallan aquellos factores relacionados con el aumento de la mortalidad materna y la provisión de servicios de salud. Es allí donde podemos contribuir y aportar acciones tendientes a mejorar la capacidad de gestión de los servicios, el acceso y la oferta de servicios de calidad. Sabemos que muchas muertes que ocurren en nuestro país responden a fallas en estos componentes.

Si bien la falta de insumos es un problema de carácter recurrente, los problemas de organización y de administración de recursos no son temas menores. Consideramos que se pueden mejorar los logros en materia de calidad y cobertura en la atención a partir de una mejor organización del sistema de atención. En este sentido, la temática de accesibilidad es un tema central. Todo hecho que actúe como barrera de acceso tendrá su correlato negativo en términos de desenlaces no deseados de salud. A modo de ejemplo, la falta de acceso a la información,

a la posibilidad de tomar decisiones en forma autónoma en salud sexual y reproductiva, a un sistema de servicios coordinados por complejidad asistencial son algunas de las barreras que impiden una coherencia entre la oferta y la demanda. Sin lugar a dudas, las barreras financieras son las que más están afectando en la actualidad la posibilidad de satisfacer las demandas en materia de atención.

Desde el punto de vista contextual, las muertes maternas son, además, la expresión de la baja calidad de vida especialmente en grupos socialmente postergados y en situación de pobreza. No es casual que más del 90% de las muertes maternas –así como las infantiles– se concentre en el mundo en desarrollo.

Por cada mujer fallecida, son 30 las mujeres que quedan con secuelas asociadas del embarazo, el parto y el puerperio. Las muertes de mujeres condicionadas por problemas ocurridos durante el proceso reproductivo tienen consecuencias profundamente negativas para la familia y para la comunidad en general. Dada la interrelación existente entre la salud de la madre y la de sus hijos e hijas, evitar las muertes maternas implica además mejorar la salud de la niñez y su supervivencia.

Sin embargo, no resultan menores los condicionantes que subyacen a cada muerte y que denotan la existencia de inaceptables asimetrías, entre provincias y dentro de ellas, como expresión de inequidad. Estas asimetrías expresan además la falta de corresponsabilidad en los niveles de decisión vinculados con la salud y los derechos de la mujer se expresan en la falta de adecuación de los servicios de salud y de marcos regulatorios que aseguren la provisión de servicios de salud para la mujer.

Ésta es una de las pocas situaciones en el mundo donde la posibilidad de poder satisfacer las demandas en materia de derechos sexuales y reproductivos está condicionada por el código postal. Es inadmisibles desde el punto de vista político, sanitario y ético que las provincias ofrezcan un patrón tan asimétrico en materia de políticas de Estado.

El evento de hoy contribuirá sin lugar a dudas a sostener el trabajo y compromiso que desde los servicios, los municipios, las sociedades científicas y los pro-

gramas provinciales se vienen desarrollando y a promover nuevos espacios de diálogo y consenso. Si a ello le sumamos la necesidad explícita puesta de manifiesto por un sector importante de la ciudadanía a través de diversos canales de participación, comprenderemos que este proceso tiene carácter irreversible. La pregunta es cómo dinamizarlo en el tiempo.

La iniciativa del Consejo Nacional de la Mujer es apoyada por el Ministerio de Salud no sólo desde el discurso sino desde el trabajo compartido que surge del debate conjunto. De la misma manera, apoyamos las iniciativas de capacitación en género y salud reproductiva convocando a los trabajadores de la salud de las distintas jurisdicciones de nuestro país a través del Plan Federal de la Mujer. La idea es favorecer la creación de puntos de confluencia que ayuden a un mayor relacionamiento interpersonal y de los actores locales (muchas veces desconocidos debido al grado de fragmentación de nuestras instituciones).

Confiamos en que este camino que estamos construyendo dará frutos en un tiempo no muy distante. La mortalidad materna como problema de derechos humanos nos obliga a un replanteo permanente sobre los roles que cada uno de los sectores de nuestra sociedad asume frente al tema. Estamos deseosos de que las experiencias que hoy se presentan sirvan de estímulo demostrativo para otros grupos que en la actualidad viven temáticas similares. Y que, finalmente, podamos afianzar esta apuesta por la vida en un marco de debate y acción permanente.

PRIMERA PARTE

SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS

1. VÍA CRUCIS DE LA MUERTE MATERNA

*Gladys Acosta Vargas**

El reto de disminuir la mortalidad materna expresa una firme voluntad de la comunidad internacional ante una grave injusticia social, violatoria de un conjunto de derechos humanos. Es nuestra convicción que el análisis de género de esta problemática se sustenta en los principios formulados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en los pactos internacionales de Derechos Civiles y Políticos, Económicos, Sociales y Culturales, así como en las convenciones más recientes vigentes en la región, fundamentalmente la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño. También es necesario considerar la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, así como reiterados acuerdos internacionales que han señalado como meta la reducción de la mortalidad materna, siguiendo lo acordado en la Cumbre Social de la Infancia de 1990.

En este sentido, tanto la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) como la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) se comprometieron a disminuir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000. Por su parte, la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) señaló que para el año 2015 la mortalidad materna debería reducirse en un 75%.

El análisis de por qué no se ha podido cumplir con la meta propuesta es relevante. Muchos atribuyen este hecho a la disminución de la inversión en el sector salud, lo que, como veremos más adelante, es parcialmente cierto. Desde nuestra perspectiva, es necesario en primer lugar el reconocimiento de que la

* UNICEF, Oficina regional para América Latina y el Caribe. Cuando se realizó el seminario, la doctora Gladys Acosta Vargas se desempeñaba como Asesora Regional, Mujer y Equidad de Género.

mortalidad materna es un trágico síntoma de una grave injusticia social, que sólo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema y un análisis detallado de la dinámica de discriminación contra las mujeres.

Finalmente, el análisis de un estudio de caso concreto nos llevará a fortalecer algunas hipótesis de trabajo que concluyan en propuestas de estrategias regionales que articulen la abogacía política frente a los estados, los esfuerzos de la comunidad internacional, la movilización social y el desarrollo de la conciencia de un público amplio respecto de la gravedad del problema.

LA MORTALIDAD MATERNA ES UNA VIOLACIÓN
DE LOS DERECHOS HUMANOS

Muchas veces, el enfoque sobre la mortalidad materna se centra en aspectos del funcionamiento del sistema de salud, sin que se determinen las responsabilidades en los casos que culminan en la muerte de mujeres debido a complicaciones derivadas de su maternidad. Esos enfoques desconocen la responsabilidad del Estado y de todas aquellas personas que de una u otra manera tienen el deber de cuidar y de atender a las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio.

En materia de negación de derechos, la mortalidad materna es equivalente a la punta de un iceberg puesto que, como ya se señaló, la mayoría de estas muertes son evitables. No se trata solamente de la violación de estándares internacionales estipulados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en las convenciones mencionadas, sino de la violación de los mandatos constitucionales y de una serie de leyes internas. En otras palabras, cuando una mujer muere en ejercicio de su maternidad, es necesario establecer no sólo las causas de esa muerte, sino también las responsabilidades de quienes pudiendo evitarla no lo hicieron.

En lo que respecta al reconocimiento de derechos, aunque la mayoría de los países de la región tienen normas que protegen ampliamente la maternidad, lamentablemente no las cumplen, lo que equivale a decir que, pese a tener los derechos, las mujeres madres no pueden ejercerlos. Así, el nivel del ejercicio de los

derechos propios de la ciudadanía, es decir, su reclamo, se ve afectado debido a que los sistemas de Justicia no son sensibles a las necesidades de las mayorías: generalmente hay un sinnúmero de trabas que impiden el acceso a la justicia, lo que en los hechos significa que muchas mujeres mueren sin que nadie pueda luego reclamar por su muerte. En conclusión, en tanto el derecho a la protección de la maternidad no se concreta, se trata de un derecho abstracto al que sólo es posible acceder si se tienen los medios económicos para comprar el servicio. De lo contrario, las mujeres exponen la vida a altos riesgos, como veremos más adelante a través de algunas cifras.

Rebecca Cook¹ establece una clasificación para los derechos humanos afectados por la mortalidad materna, expuestos a continuación:

A) EL DERECHO A LA VIDA, A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD PERSONAL: estos derechos son violados cuando se produce la muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante.

B) EL DERECHO A FUNDAR UNA FAMILIA Y A TENER VIDA DE FAMILIA: la mortalidad materna impide que la vida familiar se desarrolle y pone en riesgo a otros miembros de la familia.

C) EL DERECHO AL CUIDADO DE LA SALUD Y A BENEFICIARSE DEL PROGRESO CIENTÍFICO: el desarrollo técnico prueba que aunque existen los medios para salvar las vidas maternas, la negligencia del personal especializado y la desinformación de las mujeres son los principales factores de riesgo.

D) LOS DERECHOS RELACIONADOS CON LA IGUALDAD Y CON LA NO DISCRIMINACIÓN: el estatus social disminuido de las mujeres impulsa la mortalidad materna debido a que no acceden a la educación, a que los servicios y las propias comunidades no les reconocen la importancia que merecen y a la coexistencia de varios modos de discriminación, como la racial-étnica y la de la pobreza, que se expresan con mayor fuerza cuando se trata de mujeres muy jóvenes.

¹ Cook, Rebecca J., "Protección de la maternidad mediante la difusión de los derechos humanos", ponencia presentada en "Situaciones de protección de la maternidad: 10 años de lecciones y progresos", Colombo, Sri Lanka, octubre 1997.

Este enfoque obliga a retroceder en el tiempo y a revisar cuidadosamente los factores determinantes de la mortalidad materna. Aunque conocer las cifras es importante, más importante aún es individualizar cada situación y comprender que cada muerte viola los derechos de la persona afectada, y sobre eso debe haber un pronunciamiento del Estado.

TENDENCIAS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO

De la lectura del Cuadro 1, que representa la estimación de la mortalidad materna en 1990 según Naciones Unidas en las diversas regiones del mundo, me interesa resaltar el factor de riesgo: una mujer latinoamericana o caribeña de cada 130 corre el riesgo de morir por causa de la maternidad, mientras que la cifra europea es de 1 de cada 1.400 mujeres y la de América del Norte (con exclusión de México) es de 1 por cada 3.700 mujeres. Como se verá, la evolución posterior no ha modificado la tendencia (véase el Anexo 1).

CUADRO 1
Estimaciones revisadas de la mortalidad materna
por regiones de las Naciones Unidas (1990)

	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (MUERTES MATEERNAS POR 100.000 NACIDOS VIVOS)	NÚMERO DE MUERTES MATEERNAS	RIESGO DE MUERTE MATERNA A LO LARGO DE LA VIDA, 1 EN:
Total mundial	430	585.000	60
Regiones más desarrolladas*	27	4.000	1.800
Regiones menos desarrolladas	480	582.000	48
África	870	235.000	16
Asia*	390	323.000	65
Europa	36	3.200	1.400
América Latina y el Caribe	190	23.000	130
Caribe	400	3.200	75
América Central	140	4.700	170
América del Sur	200	15.000	140
América del Norte	11	500	3.700
Oceanía*	680	1.400	26

* *Australia, Nueva Zelanda y Japón, excluidos del total regional, están incluidos en el total de países desarrollados.*

Fuente: "Estimación de la mortalidad materna" un nuevo enfoque de WHO y UNICEF, 1990.

Las cifras de la región son elocuentes respecto de la gravedad de la situación para el año 1997. Y aunque la tasa de mortalidad materna por país nos brinda información comparativa en relación con el resto de los países, no muestra la dimensión real del problema, que en cambio puede apreciarse si se analizan los números concretos de muertes maternas en cada país (véase el Anexo 2).

CUADRO 2. Mortalidad materna estimada en ALC (América Latina y el Caribe)

	1990 TASA DE MORTALIDAD MATERNA (POR 100 MIL NACIDOS VIVOS)	1990 NÚMERO DE MUERTES MATERNAS	1980-1997 TASA DE MORTALIDAD MATERNA (POR 100 MIL NACIDOS VIVOS)	1997* NÚMERO DE MUERTES MATERNAS
Argentina	100	690	85	605
Barbados	43	5		
Belice			140	10
Bolivia	650	1.600	390	1.014
Brasil	220	8.400	160	5.120
Chile	65	200	60	176
Colombia	100	800	80 (a)	698
Costa Rica	55	45	35 (a)	30
Cuba	95	170	24 (a)	35
República Dominicana	110	220	230	453
Ecuador	150	460	160	494
El Salvador	300	530	160	267
Guatemala	200	730	190	783
Guyana			190	34
Haití	1.000	2.300		
Honduras	220	410	220 (a)	444
Jamaica	120	65	120	66
México	110	2.700	85 (a)	1.993
Nicaragua	160	250	160	235
Panamá	55	35	85	52
Paraguay	160	240	190	304
Perú	280	1.700	270	1.655
Surinam			110	10
San Cristóbal & Nevis			130	1
San Vicente y Granadinas			43	1
Trinidad y Tobago	90	25		
Uruguay	85	45	21	11
Venezuela	120	680	65	371

* *Estimadas: (a) Ajustadas*

Fuente: "Estado Mundial de la Infancia 1999", Información actualizada por Esther Jurgens, Área Mujer y Equidad de Género, TACRO.

Sin embargo, las diferencias internas de cada país son muy significativas y sólo en ese nivel es posible apreciar la grave discriminación a que están sometidas las poblaciones más vulnerables. En este sentido, es altamente probable que las muertes maternas en el Perú se produzcan en las zonas pauperizadas de las ciudades, en las comunidades andinas ubicadas en las zonas altas de la Sierra y en apartadas regiones de la selva, lo que confirmaría que ser indígena y vivir en el interior del país significa integrar el contingente de quienes tienen más alto riesgo de morir.

En resumen, si bien las cifras globales de la tasa de mortalidad materna muestran una tendencia, ocultan en buena medida la realidad concreta, razón por la cual este indicador tradicional no es útil para realizar un seguimiento del proceso en el corto plazo. Además, debe tenerse en cuenta que esta cifra está muy lejos de ser exacta debido a que en nuestros países la probabilidad de error es muy alta por las deficiencias en los sistemas de registro, y por eso, y pese a su elevado costo, se ha utilizado la encuesta de hogares con el objeto de subsanar las deficiencias de registro.

Por otra parte, no sólo existen dificultades para registrar a ciencia cierta la defunción de mujeres embarazadas en el momento de morir, sino que en muchas oportunidades la clasificación de la causa de muerte es confusa e imprecisa, lo que genera un significativo subregistro de muertes maternas, problema que ha sido detectado en varios lugares y cuyo margen de error se estima en alrededor del 50%.

No obstante la inconsistencia de las cifras, es posible establecer una clasificación de los países de la región tomando en consideración la tasa de mortalidad materna, lo que brinda un panorama que –si bien requiere ser complementado– permite esbozar un mapa regional. Entre aquellos países cuya tasa de mortalidad materna presenta un nivel bajo, algunos enfrentan un número significativo de muertes en términos absolutos debido a su elevada densidad poblacional, como es el caso de México o el Brasil. Sin embargo, cabe puntualizar que el hecho de que un país sea clasificado en el grupo A o B no implica que no esté obligado a hacer esfuerzos por reducir la mortalidad materna, teniendo en cuenta que desde la perspectiva de los derechos humanos una sola muerte materna evitable debe ser considerada un hecho grave para el país (véase el Anexo 3).

CUADRO 3. Grupos de países

Grupo A: Baja tasa de mortalidad materna (menor de 100)	
++	Buena infraestructura del sistema de salud, con buen nivel de acceso.
++	Calidad y uso de los servicios de salud materna.
++	Buena salud reproductiva general/nutrición y nivel socioeconómico de la mujer.
++	Alto nivel de alfabetismo de las mujeres. <i>Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Uruguay, Venezuela</i>
<hr/>	
Grupo B: Tasa media de mortalidad materna (entre 100 y 200)	
+	Buen acceso y uso de servicios de salud reproductiva (la mayoría de los partos son asistidos por profesionales capacitados).
-	Desigualdades en la atención.
+	Alta tasa de mujeres alfabetas y altas tasas de intervalos intergenésicos.
-	Problemas en la salud reproductiva general (especialmente, ETS /VIH/sida).
-	Problemas en el nivel nutricional (incluidas mujeres con deficiencias de micronutrientes). <i>Belice, Brasil, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay</i>
<hr/>	
Grupo C: Alta tasa de mortalidad materna (entre 200 y 600)	
+ -	Aproximadamente la mitad de los partos son asistidos por parteras tradicionales o por parientes.
+ -	Buen acceso a una atención obstétrica básica en caso de complicaciones, pero problemas en la calidad.
-	Baja calidad de la atención en salud reproductiva.
-	Alta prevalencia de embarazos adolescentes.
-	Abortos inseguros.
-	Altas tasas de VIH/sida.
-	Bajo nivel nutricional de las mujeres.
-	Bajo acceso de las niñas a la educación. <i>Bolivia, República Dominicana, Honduras, Perú</i>
<hr/>	
Grupo D: Muy alta tasa de mortalidad materna (mayor de 600)	
-	Sistemas de salud deficientes.
-	La mayoría de los partos no son atendidos y tienen lugar en los hogares.
-	Acceso limitado a los cuidados obstétricos básicos.
-	Condición de la salud reproductiva deficiente (alto porcentaje de planificación familiar no satisfecha, alta prevalencia de ETS/VIH/sida).
-	Deficiente estado nutricional de las mujeres (incluida alta prevalencia de anemia y otras deficiencias de micronutrientes).
-	Bajo nivel de alfabetismo en la familia.
-	Bajo porcentaje de niñas que asisten a la escuela.
-	Alto nivel de violencia contra la mujer.
-	Prácticas tradicionales perjudiciales. <i>Haití</i>

Es preciso tener en cuenta que si bien el UNICEF no tiene posibilidades de rectificar esta situación, sí está en condiciones de colaborar con los actores que están en condiciones de hacerlo, entre los cuales se cuentan los organismos multilaterales que investigan al respecto –como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo–. Del mismo modo, podría contribuirse con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para mejorar el relevo de información, aun cuando los más interesados en este aspecto deberían ser los propios estados, pues el diseño de las políticas internas obliga a contar con información confiable.

A pesar de todas las limitaciones señaladas, el análisis cuantitativo muestra un panorama y señala una tendencia suficientes como para movilizar toda la energía que permita atender la gravedad de la cuestión, pues lo importante reside en obtener una adecuada comprensión del problema, única manera de poder colaborar en la búsqueda de soluciones.

Por lo que respecta al nivel cuantitativo, se requiere la construcción de indicadores de proceso que incluyan elementos tales como:

- conocimiento del número y la distribución de los servicios obstétricos esenciales;
- establecimiento de la proporción de partos atendidos por personas adecuadamente capacitadas;
- información confiable sobre las muertes ocurridas en los centros de salud, todos ellos indicadores que aunque no enfocan las raíces profundas del problema, permiten sin embargo tomar decisiones para la acción inmediata.

PROPUESTA DE METODOLOGÍA:
ESTUDIOS DE CASO CUALITATIVOS.
UN EJEMPLO PARA ANALIZAR

Paralelamente con la obtención de cifras globales, es necesario promover investigaciones de carácter cualitativo que permitan reconstruir las condiciones previas a la muerte y establecer una adecuada evaluación de las causas inmediatas del deceso. En este sentido, es probable que resulte más accesible dar conti-

nuidad a estudios de casos ocurridos en centros hospitalarios, sin olvidar que será indispensable conocer lo que sucede en los casos de muertes en las comunidades. Se trata de una metodología cuya ventaja reside en mostrar la multiplicidad de factores actuantes y de ofrecer información directa para enfocar problemas con mayor certeza.

A manera de ejemplo de este tipo de enfoque metodológico, resulta ilustrativo el seguimiento de lo que sucedió con la señora X, habitante de uno de los países de nuestra región.²

La señora X murió durante el trabajo de parto en un pequeño hospital distrital. El médico que la atendió no dudó sobre las causas de la muerte: un típico caso de hemorragia antes del parto debido a una placenta previa. Una mujer en esta condición sangra inevitablemente al final de la gestación o antes del parto. El médico quedó satisfecho con el diagnóstico, buscó el código correspondiente en la Clasificación Internacional de Enfermedades, codificó correctamente el caso y lo archivó.

Un comité de obstetras que investigaba confidencialmente las causas de las muertes maternas, según los modelos desarrollados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, se reunió, solicitó el prontuario hospitalario completo de la señora X y lo examinó detalladamente. El caso de la señora X fue reabierto.

En el prontuario de la señora X, el comité señaló dos puntos cruciales:

1. cuando fue admitida en el hospital con sangrado grave y en estado de shock, la señora X recibió solamente 500 ml de sangre, cantidad insuficiente para compensar la enorme pérdida de sangre que estaba sufriendo;
2. a la señora X tuvieron que hacerle una cesárea para detener la hemorragia, pero esta intervención quirúrgica se practicó sólo tres horas después de su ingreso en el hospital. La señora X murió en la mesa de cirugía.

² Ejemplo tomado de "Porque murió la Señora X: el vía crucis de la muerte materna", presentación del Dr. Mahmoud Fathalla, científico de la OMS y profesor de obstetricia de Egipto, en el 5° Programa de Estudios de Salud Sexual y Reproductiva, 15 mayo al 15 de junio de 1996, Brasil.

El comité concluyó que la muerte de la señora X era evitable. Juzgó que si hubiera habido sangre en cantidades adecuadas y si el servicio hubiera estado equipado para atender emergencias, la vida de la señora X se habría salvado.

Más tarde, un estudio poblacional financiado por la OMS, sobre las necesidades de salud materna en las comunidades, reveló que la señora X tardó cuatro horas en llegar al hospital después del inicio de la hemorragia porque no había transporte disponible para llevarla. También se descubrió que ésa no había sido la primera ocasión en que la señora X había sangrado. Anteriormente había tenido dos pequeñas hemorragias que pararon espontáneamente. Ésta es siempre una señal de alarma al final de un embarazo, pues indica la inminencia de una hemorragia grave en las semanas siguientes. Nadie le había explicado este hecho a la señora X, y ni ella ni nadie tomó precauciones a tiempo.

La investigación realizada en las comunidades reveló que la señora X estaba lejos de ser una mujer saludable. Antes del embarazo ya sufría de anemia crónica por falta de hierro, causada por desnutrición y parasitosis crónicas. La señora X tampoco había tenido acceso a ningún tipo de cuidado prenatal durante el embarazo. La investigación concluyó que la muerte de la señora X obedecía a necesidades insatisfechas de la comunidad en el área de salud materna. El caso fue nuevamente cerrado. Pero no por mucho tiempo, debido a informaciones provenientes de una investigación sobre causas de la mortalidad materna en mujeres en edad reproductiva, patrocinada por la Family Health International.

La señora X tenía 39 años y había tenido siete partos. Cinco de sus hijos están vivos, tres de los cuales son de sexo masculino. Debido a su edad y al número anterior de partos, el último embarazo presentaba riesgos mucho más altos que los anteriores. Además, la señora X ya había expresado su deseo de no tener más hijos.

La señora X nunca tuvo acceso a información ni a educación sobre planificación familiar, nunca usó un método anticonceptivo ni conoció un servicio de planificación familiar. Este último estudio sugiere, por lo tanto, que la causa

de la muerte de la señora X fue la falta de acceso a información, a educación y a servicios adecuados y oportunos de planificación familiar. El informe cierra preguntándose qué hubiera pasado si el embarazo indeseado no hubiera ocurrido. ¿Hubría muerto la señora X?

Más tarde, un equipo de demógrafos que buscaba las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la comunidad, contribuyó al estudio de caso con un nuevo elemento. La señora X era ama de casa y analfabeta, y su marido era trabajador rural de escasos recursos. Vivían en una zona rural apartada. Los científicos hicieron un estudio correlativo entre niveles socioeconómicos y mortalidad y concluyeron que la señora X tenía un riesgo relativo de mortalidad materna cinco veces superior al de una mujer de nivel socioeconómico medio, 10 veces superior al de una mujer del nivel socioeconómico más alto de su país y 100 veces superior al de una mujer del país industrializado más cercano.

Este estudio concluyó en que la verdadera causa de la muerte de la señora X era su estatus socioeconómico y la poca valoración social de su vida. Es decir, la señora X murió por causa de la pobreza y de la injusticia social.

Resulta claro que las causas de la mortalidad materna pueden analizarse desde varias perspectivas. Para responder a la pregunta de por qué la señora X u otras señoras X mueren a diario por razones relacionadas con la maternidad y el embarazo, se necesario tener en cuenta diversas perspectivas –médicas, económicas y sociales–. En otras palabras, es necesario reconstruir la historia de vida de la señora X, identificar los pasos del via crucis que la llevó a la muerte y no contentarse con su historia clínica, porque si la señora X hubiera tenido acceso a la información, a la educación, al empleo y a una alimentación adecuada, su riesgo de muerte habría sido mucho menor y, muy probablemente, hubiera encontrado una salida a su via crucis.

Aunque no cabe duda de que las causas culturales son las que con menos frecuencia se mencionan en los estudios sobre mortalidad materna, si admitimos que no sólo se trata de un problema de salud pública, sino ante todo de un problema de injusticia social, veremos cómo en el caso de la señora X, y en todos

los casos de muertes maternas evitables, las inequidades sociales y de género recaen sobre la mujer mucho antes de que se convierta en madre.

La causa de que la señora X haya tenido siete partos no reside simplemente en su desconocimiento de los métodos anticonceptivos, ya que muchas mujeres de nuestra región que los conocen no los utilizan, especialmente las adolescentes. ¿Por qué? En gran medida porque para la mayoría de las mujeres de América Latina y el Caribe tener hijos es la única manera de ser social y culturalmente valoradas, lo que significa que su estatus social como mujer depende de su papel como madre. Por tener hijos reciben la atención y la estima que ellas, por sí mismas, no hubieran conseguido. Pero también se debe a que como la mayoría de las mujeres tienen muy poco poder de decisión sobre su vida sexual y reproductiva, de nada les sirve conocer los métodos de planificación si a la hora de utilizarlo carecen de todo poder de decisión frente a su compañero.

Una mujer como la señora X –ama de casa, analfabeta, responsable del cuidado de una familia numerosa, sin ingresos y sin oportunidades de trabajo– difícilmente puede ejercer su autonomía cuando se trata de decidir sobre el tamaño de la familia o el cuidado de su propio cuerpo. Las inequidades sociales, de las cuales las de género son sólo una parte, se acumularon en la historia de su vida hasta llegar a la única etapa irreversible del *via crucis*: la muerte prematura. Si en cualquiera de los accesos al camino que la llevaría a la muerte la señora X hubiera encontrado una salida, muy probablemente hubiera salvado su vida (véase el Anexo 4).

CUADRO 4. Análisis de caso: muerte de la señora X

	ENTRADAS	VIA CRUCIS	SALIDAS	
FACTORES INMEDIATOS	Placenta previa	Hemorragia antes del parto		ATENCIÓN INMEDIATA
	Carencia de equipo técnico y médico en el hospital	Cesárea tres horas después del ingreso en el hospital	Servicios adecuados y personal médico suficiente para atender emergencias	
	Sangre insuficiente	Ingreso en el hospital con sangrado grave y en estado de shock: recibe sólo 500 ml de sangre	Sangre en cantidades adecuadas	
FACTORES SUBYACENTES	Carencia de transporte disponible. Zona rural apartada	Cuatro horas para llegar al hospital	Transporte disponible. Centros de salud cercanos	ACCIONES LOCALIZADAS EN GRUPOS DE RIESGO
	Carencia de información Escaso conocimiento sobre el cuerpo Carencia de acompañamiento de personas cercanas	Dos hemorragias leves anteriores	Información accesible. Conocimiento del cuerpo. Cuidado de la familia y de la comunidad	
	Carencia de cuidado prenatal durante el embarazo	Anemia crónica desnutrición y parasitosis crónicas	Servicios de cuidado prenatal	
FACTORES BÁSICOS	Escaso poder de decisión sobre la vida sexual y reproductiva	Embarazo indeseado	Poder de decisión sobre el propio cuerpo: autonomía	POLÍTICAS INTEGRALES DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD
	Valoración social de la mujer y de la maternidad sobre los roles de género	Siete partos (cinco hijos vivos)	Transformaciones culturales	
	Carencia de información. Ausencia de educación sexual	Nunca uso de método anticonceptivo	Educación sexual integral. Servicios accesibles de planificación familiar	
	Carencia de oportunidades de trabajo	Desempleo	Igualdad de oportunidades y de condiciones de trabajo para mujeres y hombres	
	Carencia de educación	Analfabetismo	Educación para las niñas y las mujeres	
	Carencia de alimentación adecuada	Desnutrición desde la infancia	Alimentación adecuada	
	Inequidades de género	Escasa valoración de la niña	Construcción de la autoestima y de una identidad positiva. Equidad de género desde la infancia	
Pobreza. Inequidades sociales	Familia numerosa. Hogar de bajos ingresos	Justicia social y económica. Poder político		

LÍNEAS DE ACCIÓN DESDE LA OFICINA REGIONAL
PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (TACRO)

UNICEF ha participado en importantes iniciativas interagenciales, y el resultado de una de ellas se encuentra plasmado en el documento “Reducción de la mortalidad materna. Articulada por WHO UNFPA-UNICEF- Declaración del Banco Mundial”, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 1999). Las conclusiones conducen a reafirmar la necesidad de un tipo especial de intervención que garantice las cuestiones detalladas a continuación.

- El mejoramiento y el amplio acceso a servicios de salud bajo todas las modalidades necesarias, de manera que sea posible enfrentar las causas inmediatas de muerte materna. Se trata de las acciones que hemos llamado de atención inmediata, que implican movilizar los recursos del sistema de salud, de manera descentralizada, para rectificar los errores cometidos.
- El compromiso de la sociedad organizada para lograr una maternidad segura. Deben tomarse en cuenta los niveles organizativos básicos, con participación de las familias y de los diversos actores sociales, incorporando la opinión de las mujeres, cualquiera sea su condición. Esta estrategia implica desarrollar acciones focalizadas en grupos de riesgo, lo cual supone tener claridad sobre las condiciones que generan vulnerabilidad social. En otras palabras, esta estrategia debe atacar las violaciones a los derechos económicos y sociales.
- El rol de los medios de comunicación será preponderante, con el objeto de convencer a la opinión pública de la necesidad de asumir su responsabilidad en el esfuerzo por evitar las muertes maternas. Es necesario erradicar la irresponsabilidad masculina y las nociones culturales que trivializan todo lo relativo a la maternidad.
- El establecimiento de políticas integrales de protección a la maternidad implica reconocer y atender las necesidades que enfrentan las mujeres desde que nacen, y por ello la atención de niñas y adolescentes es fundamental. La remoción de los factores discriminatorios es urgente. El enfoque de

derechos vincula la atención con la necesidad y la capacidad ciudadana de reclamar, en cualquier momento de la vida. Cada uno de los integrantes del UNICEF debe asumir el reto de colaborar en la erradicación de la mortalidad materna por ser ésta expresión de una injusticia social que castiga a las mujeres por el sólo hecho de ser madres.

2. LA MORTALIDAD MATERNA ARGENTINA HACIA EL AÑO 2000

*Jorge Vinacur**

El objetivo de la obstetricia es lograr una madre y un hijo vivos y sanos, su mayor fracaso es la muerte materna.

En 1990, en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (World Summit for Children, Nueva York, 1990), junto con otros 158 países, la República Argentina suscribió el compromiso de disminuir la mortalidad materna. En 1991 se estableció el Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño, una de cuyas metas en el nivel nacional era alcanzar en el año 2000 la reducción de la mortalidad materna en menos de 40 por 100.000 nacidos vivos, y una disminución proporcionalmente mayor en aquellas provincias en las que la tasa fuera superior al promedio nacional. En 1993 se inició el PROMIN, con financiamiento parcial del BIRF y objetivos precisos de contribuir al mejoramiento de las tasas de morbimortalidad materno-infantil.

Según Susan Holck, del Programa de Salud Reproductiva de la OMS, *“La mortalidad materna es un indicador de desigualdad particularmente sensible. Es una prueba definitiva de la situación social de la mujer, de su acceso al sistema de salud y de la adecuación del sistema de salud para responder a sus necesidades”*.

Cuando se observa la tendencia temporal de las tasas de mortalidad materna de la Argentina y de otros países latinoamericanos (Chile, Cuba y el Uruguay) durante los últimos cuarenta años, se tiene la impresión de que el descenso fue más lento en la Argentina. Pese a que Cuba y Chile aplicaron los programas de contracepción y de cuidados a la infancia sobre una base poblacional –lo que les permitió abarcar de forma similar a todos los estratos de la sociedad–, en Chile, sin embargo, las familias de mayor nivel socioeconómico siguen teniendo muchos hijos mientras que la disminución de la fecundidad fue marcada en los sectores de

* Jorge Vinacur es médico, especialista en ginecología y obstetricia, representante de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.

menores recursos. También en el Uruguay existen programas de planificación familiar desde hace décadas.

Por lo que respecta a la Argentina, el riesgo de muerte materna a lo largo de su vida de una mujer de esta nacionalidad era del doble que el de una norteamericana y cinco veces más respecto del de una europea.¹ En este país muere una mujer por día, aproximadamente, como consecuencia de situaciones reproductivas, y, por cada mujer que muere, entre 30 y 100 mujeres sobreviven con enfermedades, discapacidades y daños físicos causados por el parto o por complicaciones del embarazo.

Por otra parte, la desigualdad de las tasas de mortalidad materna entre provincias es uno de los indicadores más definidos de subdesarrollo del país. Así, en 1999 el 20% de los nacidos vivos en las provincias con peores tasas generó el 50% de las defunciones maternas,² y entre 1995 y 1999 se observó una disminución de tasas en las provincias más ricas y pobladas y un aumento en las más pobres.

Pero, además, las tasas de mortalidad materna presentan errores de clasificación (o subregistro de causa). Así, un análisis de subregistro realizado sobre las muertes maternas de 1985 mostró que la mortalidad era un 53% mayor que la informada oficialmente, y en la actualidad se ignora el nivel de error de la clasificación de muertes maternas.

Cuando se comparan las causas de muerte del primer quinquenio (1990-1994) y del último (1995-1999) de la pasada década, se observa un incremento de las muertes debidas a causas que algunos atribuyen a fallas de atención primaria (“prevenibles”), como abortos, hipertensión y sepsis, y una disminución de otras causas directas (como desproporciones, roturas uterinas, accidentes anestésicos, embolia pulmonar, etc.), así como hemorragias, situación que se ha relacionado con el aumento de las cesáreas, causas de muerte que representan el punto final de una larga cadena de causalidades que incluyen pobreza, falta de educación, embarazos precoces y frecuentes y limitaciones de todo tipo en la vida de las mujeres.

Entonces resulta evidente que los programas aplicados no actuaron sobre las causas, pues su estructura se mantiene desde hace décadas. Así, los programas de

1 Adaptado de Sioncke, J. y Donnay, E., *Mortalidad materna actualizada 1998-1999*, UNFPA.

2 Ministerio de Salud, OPS/OMS, “Indicadores básicos”, Argentina, 2000.

procreación responsable, planificación familiar o contracepción fueron desalentados desde el nivel gerencial de la política materno-infantil nacional, incluso en los últimos dos años, haciendo inviable la prevención del aborto. Y aunque las causas de muerte materna son las mismas en todo el país, debido a que cada región presenta particularidades en su distribución, es necesario analizarlas por separado porque la escala de su impacto es muy diferente.

En la región Centro (Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe) aumentaron las muertes por aborto, sepsis y causas indirectas (hepatitis, sida, cardiopatías y otras en las que el embarazo estaría contraindicado).

En la región Cuyana (La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis) también aumentaron las muertes por sepsis e indirectas.

El NEA (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones) es la única región en la que el aborto no es la primera causa de muerte materna. Predominan las causas directas y la hipertensión, que, como en el NOA y en la región Patagónica, muestra un pequeño aumento.

En la década analizada, bajo la estrategia de la atención primaria, el PROMIN promovió un aumento de los controles prenatales con una meta de un mínimo de cinco controles.

CUADRO 1. Porcentaje de mujeres que realizaron cinco o más controles prenatales según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar en dos encuestas diferentes: EPH 1994 y SIEMPRO 1997.

Aglomerados		Necesidades básicas insatisfechas	Sin necesidades básicas insatisfechas
Gran Buenos Aires	1991-1994	79	95
Rosario	1991-1994	68	94
Paraná	1991-1994	75	92
Neuquén	1991-1994	81	89
Mendoza	1991-1994	76	93
Salta	1991-1994	61	86
Río Gallegos	1991-1994	42	82
SIEMPRO (país)	1997	77	93

Fuentes: Encuesta de desarrollo social, agosto de 1997, N.º 1, SIEMPRO; López y Tamargo, *Infancia y condiciones de vida*, Buenos Aires, INDEC, 1995, cuadro 8.31.

La frecuencia de controles prenatales y la de mujeres sin control prenatal no parece haberse modificado.

Por lo tanto, la meta del Compromiso Nacional no se alcanzó. En 1999 la tasa fue del 41 por 100.000, aun sin considerar las muertes no registradas como tales (subregistro de causa o error de registro). Actualmente la mortalidad materna parece ir en aumento. Además, desde 1995 hasta la actualidad, en varias provincias con niveles superiores al promedio nacional las tasas se elevaron, lo que incrementó marcadamente la desigualdad entre las provincias más “ricas” y las “pobres”.

De esta manera, es posible afirmar que el énfasis puesto en el control prenatal y en la estrategia de atención primaria no tuvo éxito en reducir las muertes maternas, ni resultó útil el enfoque de riesgo en el control prenatal, aun cuando algunas mujeres tienen más probabilidades de malos resultados reproductivos que otras, por ejemplo, las que tienen antecedente de muerte perinatal.

A partir de los resultados observados se comprueba que es un error afirmar que para disminuir la mortalidad materna se requiere suficiente control prenatal, *screening* y educación. No es posible predecir ni prevenir la mayoría de las complicaciones obstétricas que amenazan la vida,³ lo cual lleva a la conclusión de que todas las mujeres embarazadas deberían tener acceso a una atención especializada cuando se trata de cuidados prenatales y de asistencia del parto, para lo cual se necesitan servicios de referencia adecuados.

En este sentido, se debe tener en cuenta que aproximadamente el 40% de las pacientes obstétricas necesita alguna forma de cuidado especial y que el 15% presenta complicaciones obstétricas que requieren cuidados de emergencia. Por cada muerte materna hay entre 16 y 100 episodios de enfermedad o discapacidad.

El modelo de las tres demoras⁴ se utiliza para ayudar a los administradores de salud y a los líderes comunitarios a comprender los determinantes de la mortalidad materna y a ubicar la respuesta adecuada. Las primeras dos demoras (demora

3 Maine, D., Revista de Salud Pública, vol. 5, N.º 1, 1995, y Koen Vanormelingen, Consultor del Área de Salud de UNICEF, citado en Ciment, J., BMJ, 319:1324, 1999.

4 Maine, D.; Akalin, M. Z.; Ward, V. M. y Kamara, A., *Diseño y evaluación de los Programas sobre mortalidad materna. Centro de Salud Pública y Familia, publicación de la Escuela de Salud, Universidad de Columbia, 1997.*

en decidirse a buscar asistencia y demora en llegar a un nivel adecuado de cuidados) –relacionadas con el problema del acceso a la atención médica– abarcan factores que afectan a la familia y a la comunidad, entre los que se incluye el transporte. La tercera demora (demora en recibir asistencia en la institución de salud) se relaciona con las condiciones de atención por parte del equipo de salud.

En un gran país despoblado como la Argentina hay provincias cuya superficie representa el 47% de la superficie total y cuya densidad es menor a cinco habitantes por km². Y pese a que la fertilidad de las mujeres de las áreas rurales es superior a la de las áreas urbanas, el uso de la planificación familiar es mucho mayor en las áreas urbanas que en las rurales, y entre las más ricas que entre las más pobres. La mayoría de las comunidades rurales tampoco poseen sistemas organizados de derivación ni de alojamiento, ni poblaciones cercanas que cuenten con la complejidad asistencial adecuada.

Por otra parte, y aunque el 97,5% de los nacimientos del país se produce en establecimientos asistenciales, la gran mayoría de los servicios obstétricos no están en condiciones de brindar cuidados de buena calidad. Para lograrlo se requiere implementar las medidas enumeradas a continuación.

- 1) Medir y actuar sobre la base de información relacionada con la *performance* del sistema de salud.
- 2) Organizar sistemas intra e interinstitucionales considerando como unidad de resultados la salud de las mujeres. Fortalecer el sistema de referencias.
- 3) Dar respuesta efectiva a las necesidades de una población definida geopolíticamente, estableciendo relaciones entre los profesionales y las instituciones mediante el cumplimiento de las acciones que siguen.
 - a. Sumar a la política nacional o a las iniciativas regionales esfuerzos institucionales. Sin un compromiso político a largo plazo, los proyectos no se transforman en programas y no es posible sostener las actividades.
 - b. Implementar el desarrollo estratégico de nuevos servicios o de cambios en los planes de los ya existentes.
 - c. Proyectar los recursos humanos necesarios para brindar cuidados a las mujeres en edad reproductiva. Mejorar los recursos humanos con

programas de entrenamiento y de actualización para mantener y desarrollar habilidades.

- d. Monitorear la *performance* del sistema con respecto a los resultados obtenidos en los programas materno-infantiles. Utilizar la información para mejorar la calidad del cuidado: análisis del material caso por caso para identificar el cuidado subestándar y los factores evitables.
- e. Medir el éxito de las uniones institucionales o de las configuraciones del sistema para conseguir el efecto de un cambio en el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva.

4) Desarrollar un lenguaje y una perspectiva común de los problemas que se presentan a los obstetras y a otros integrantes del equipo de salud.

Para todo ello se requieren recursos humanos, suministros y equipamiento adecuados (de buena calidad) en todos los lugares donde se atienden partos, particularmente en las áreas rurales y alejadas; si éstos no estuvieran disponibles, *debe asegurarse la derivación de las pacientes a una institución que garantice cuidados óptimos*. También se requiere una legislación adecuada para asegurar la disponibilidad de asistencia de las complicaciones del aborto y de los cuidados pos-aborto. Es necesario promover la protección contra el embarazo no deseado, así como alertar sobre los riesgos del aborto ilegal y la necesidad de buscar tratamiento precoz de las complicaciones del aborto.

Se requiere, además, que las autoridades sanitarias y los gerentes de programas materno-infantiles asuman su responsabilidad, ya que mientras persista la soberbia y no se permita a las mujeres y a los obstetras la participación activa en la formulación de estrategias, las intervenciones seguirán siendo ineficaces.

Finalmente, quizá sea necesario aclarar que no se trata de una actitud corporativa, pues evitar la muerte materna es la razón de ser de los obstetras.

3. LA MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA BREVE REFLEXIÓN

*Virginia Camacho**

La mortalidad materna¹ es una de las expresiones más evidentes de la situación de inequidad que vive la región de las Américas. El resultado es ciertamente desolador: la muerte es más frecuente entre las mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales. Su impacto social y económico negativo forma parte de las dificultades para lograr el desarrollo humano sostenible de la región.

Sin embargo, en la última década, en ésta y en otras regiones del mundo hemos aprendido mucho de la experiencia de los países para enfrentar la mortalidad materna –el tema es ahora considerado prioritario de la agenda pública de muchas naciones, contamos con programas específicos para reducirla y forma parte inequívoca de los indicadores para medir el desarrollo humano–. Pero a pesar de todos estos esfuerzos, la mortalidad materna continúa siendo un problema crítico de salud pública que requiere la atención de múltiples sectores y el compromiso de los líderes políticos.

EL CONTEXTO

En América Latina y el Caribe (ALC) se estima que más de 23.000 mujeres en edad reproductiva siguen muriendo cada año como resultado de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio,² y, más aún, mu-

* Virginia Camacho es asesora regional, Iniciativa Regional de Reducción de la Mortalidad Materna, Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C., Estados Unidos.

1 La mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer durante el embarazo o en el lapso de 42 días a partir de la conclusión del embarazo, por una causa relacionada con el embarazo o su manejo o agravada por el mismo”. OMS, 1999, Reducción de la maternidad materna, Ginebra. La mortalidad o la morbilidad pueden originarse por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el puerperio como resultado de hemorragia, septicemia, eclampsia, parto obstruido y complicaciones de abortos peligrosos, así como de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o acontecimientos resultantes de estas circunstancias. Las defunciones también pueden relacionarse con enfermedades que surgen durante el embarazo, por ejemplo, malaria, anemia, infección por el VIH/sida y cardiopatías. OMS, 1992. Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados de la salud. Décima revisión, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos.

2 WHO/UNICEF/UNFPA, Corregido 1990. Estimación de la mortalidad materna. Un nuevo enfoque de WHO y UNICEF, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.

chas mujeres quedan con discapacidades y morbilidad graves. Lo trágico es que la mayoría de estas defunciones y discapacidades son evitables.

Las diferencias entre países son considerables. Si comparamos algunos datos, una mujer nacida en ALC tiene una probabilidad 27 veces mayor de morir durante el embarazo que una mujer nacida en los Estados Unidos.³ También son evidentes las diferencias en el nivel nacional, y abismales en algunos países, ya que pueden oscilar de 20 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en zonas urbanas, hasta 800 por 100.000 en zonas aisladas rurales e indígenas.⁴

El 75% de las causas de mortalidad materna corresponden a las obstétricas directas, como hemorragias, complicaciones del aborto, sepsis, eclampsia y el parto obstruido, entre otras. Los factores subyacentes de las causas directas de mortalidad materna están presentes en diferentes esferas y en diferentes niveles. Y aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todas las esferas sociales y económicas, en la región de ALC un número desproporcionado de las mujeres que mueren son pobres, tienen escasa instrucción, presentan tasas elevadas de fecundidad y viven en zonas rurales. La legislación, las creencias o las prácticas que discriminan a las mujeres tienden a disminuir en muchos casos su capacidad de tomar decisiones efectivas sobre su propia salud y nutrición.⁵ Por lo tanto, la muerte o la discapacidad de cada mujer es el resultado de la situación de desventaja extrema en que se encuentran muchas mujeres de la región, y es por ello que la mortalidad y la morbilidad maternas se reconocen como un asunto indiscutible de derechos humanos.

La calidad de la atención en los servicios de salud es otro factor importante, ya que la atención inadecuada a menudo contribuye a que ocurran defunciones evitables. Y pese a que en los últimos cinco años se ha observado un aumento en el porcentaje de partos institucionales, por sí solo esto es insuficiente para reducir la mortalidad materna, pues los datos indican que un número inadmisiblemente de mujeres siguen muriendo como consecuencia de complicaciones, aun cuando el parto ocurra en instituciones de salud. Durante el parto, toda mujer debe tener acceso a la atención por personal calificado, con las competencias necesarias pa-

3 Ibid.

4 Organización Panamericana de la Salud, *Perfil de salud materna de 11 países*, en prensa.

5 Ibid.

ra diagnosticar, referir o manejar las complicaciones. Es necesario asegurar la provisión de servicios de cuidados obstétricos esenciales, que incluyen, entre otros, el manejo del embarazo, del parto y del puerperio de bajo riesgo, el manejo adecuado y oportuno de las complicaciones del embarazo, parto, aborto y posparto, la disponibilidad de sangre segura y de anestesia, y el acceso a intervenciones como la cesárea y el parto asistido instrumental.⁶ Todo ello requiere de insumos, suministros y equipos esenciales disponibles en los diferentes niveles de los sistemas de salud. Además, para que la atención sea integral y de buena calidad, es indispensable contar con servicios de planificación familiar de intervalo, posparto y posaborto y de orientación, dirigidos a mujeres y hombres.

ESFUERZOS CONJUNTOS PARA ACCIONES CONJUNTAS

La cooperación intergubernamental para enfrentar la mortalidad materna en las Américas se ha incrementado de una manera muy significativa en los años recientes. Así, la Iniciativa Regional de América Latina y el Caribe para Reducir la Mortalidad Materna (conocida por la sigla LAMM, en inglés) se puso en marcha con ocasión de la cumbre de Primeras Damas de la Región,⁷ sobre los niños en 1996. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) y el Proyecto de Garantía de la Calidad son los socios colaboradores, junto con los 11 países que se sumaron a la iniciativa (Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, el Paraguay, el Perú y la República Dominicana).⁸ Las actividades de la Iniciativa buscan mejorar la capacidad y el fortalecimiento de las aptitudes de gestión del personal del gobierno y del Ministerio de Salud, especialmente la puesta en práctica de la atención obstétrica esencial en el nivel de atención primaria y la formulación de políticas de apoyo para que las comunidades estén en condiciones de superar las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios; todos ellos constituyen aspectos claves de la asistencia técnica. Otras esferas son la incorporación y actualización de estándares de atención para la práctica, los sistemas de vigilancia para una mejor toma de decisiones y los diálogos

6 LAMM, Briefefer, Organización Panamericana de la Salud, "Proyecto de garantía de la calidad y USAID", MIMEO, 2001.

7 Organización Panamericana de la Salud, "Informe Anual. X Conferencia de esposas de jefes de Estado", MIMEO, Quito, Ecuador, mayo de 2001.

8 LAMM, Briefefer, ob. cit.

de política entre diferentes interesados directos con el objeto de garantizar el esfuerzo y el compromiso político ininterrumpidos y en el largo plazo, necesarios para lograr la reducción efectiva de la mortalidad materna.

Por otro lado, en el ámbito de la región, agencias internacionales –OPS, Fondo de Población de Naciones Unidas, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Population Council, Family Care International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID)– decidieron otorgar tratamiento preferencial al tema de la mortalidad materna y de su reducción, para lo cual se decidió crear un Grupo de Trabajo Interagencial en la región con el fin de reducir la mortalidad materna y con la intención de promover y convocar a la realización de acciones y esfuerzos conjuntos, tanto en el aspecto técnico como en los aspectos político y financiero. La OPS fue nombrada como secretaria técnica del grupo de estudio interinstitucional de las organizaciones internacionales que colabora en la elaboración de estrategias y enfoques basados en evidencias para la reducción de la mortalidad materna.

Recientemente, el grupo de estudio organizó una reunión subregional en Nicaragua para promover los diálogos de política y construir consenso entre los representantes de las organizaciones, en los países y los gobiernos. En noviembre de 2001 se realizará en Bolivia la reunión subregional de los países, con la participación de varios de ellos y con propósitos similares.

Además de las políticas y los programas del gobierno, varias organizaciones no gubernamentales han participado en actividades organizadas para reducir la mortalidad materna. Las organizaciones no gubernamentales y los grupos de mujeres han sido y son socios fundamentales en esta tarea.

CÓMO LOGRAR EL PROGRESO CONTINUO

Pese a que la reducción de la mortalidad materna es un reto significativo debido a que requiere compromiso en el largo plazo en una variedad de frentes, la experiencia enseña que ella puede reducirse significativamente cuando existe un compromiso político constante y cuando un buen funcionamiento de la infraestructura de salud

pública es garantizada en los niveles nacional y local, de manera de satisfacer las necesidades de salud materna y perinatal oportuna y equitativamente. Puesto que la mortalidad materna es el resultado de varios factores, es importante adoptar un criterio multisectorial para las políticas y las estrategias. El apoyo continuo de diferentes actores políticos y de la sociedad civil al desarrollo de políticas públicas basadas en la evidencia y en programas para mejorar la salud de las mujeres y reducir la incidencia de la mortalidad materna es una contribución clave. En este sentido, el reto de los próximos años deberá estar centrado principalmente en las acciones presentadas a continuación.

- El apoyo a la ejecución de los planes, las políticas y los programas nacionales concebidos específicamente para acelerar la reducción de la mortalidad materna, que incluyan intervenciones basadas en la evidencia científica y que son costo-efectivas.
- La resolución del problema de la mortalidad materna requiere el compromiso a largo plazo de múltiples actores sociales e institucionales para abordar las condiciones subyacentes.
- La promoción de campañas nacionales y locales de información, comunicación y educación, orientadas a la protección de los derechos ciudadanos con el fin de aumentar la conciencia sobre la importancia y las consecuencias de la mortalidad materna, difundir lo aprendido y traducir las evidencias científicas en mensajes claros y comprensibles para las mujeres y para la población en general.
- El estímulo de la actuación concertada y sinérgica de las instituciones públicas y privadas, las organizaciones no gubernamentales, los grupos de mujeres y las organizaciones sociales locales.
- El aprovechamiento de foros, talleres y reuniones para facilitar el intercambio del resultado de investigaciones sobre experiencias exitosas y no exitosas, con el objeto de identificar y superar los problemas que obstaculizan el progreso de las políticas y los programas de reducción de la mortalidad materna.

- La creación de programas dirigidos a mejorar los sistemas de información y la toma de decisiones con el fin de monitorear los indicadores de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el nivel nacional y especialmente local y así contar con un sistema de vigilancia epidemiológica dinámico en el plano comunitario e institucional.
- La inclusión del tema en los procesos de reforma del sector salud mediante la movilización de recursos financieros necesarios para la ejecución de las estrategias y la prestación de servicios de salud reproductiva, equitativos, asequibles y de buena calidad.

Convengamos, finalmente, en que el problema de la mortalidad materna incluye diferentes ámbitos, en lo técnico y en lo político. Sus determinantes van más allá del sector salud, razón por la cual una respuesta efectiva a este problema debe ser el resultado de la sinergia de intervenciones intersectoriales, aunque es obvio que la responsabilidad del sector salud continúa siendo fundamental en esta materia.

Es demasiado importante lo que está en juego en la región como para no asumir sólidos compromisos e iniciativas que guíen nuestras acciones de beneficio público. Tenemos la responsabilidad de formular recomendaciones factibles, claras y comprensibles, no sólo para un grupo de técnicos sino para todos los actores involucrados y comprometidos en transformar uno de los signos más lacerantes de la inequidad y la pobreza de la región como es la mortalidad materna.

SEGUNDA PARTE

POLÍTICAS PÚBLICAS E INICIATIVAS DE LA SOCIEDAD CIVIL

1. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROCREACIÓN HUMANA RESPONSABLE. PROVINCIA DEL CHACO

*Gustavo Agolti **

Este capítulo resume la experiencia de la provincia del Chaco en la formulación de su programa de Salud sexual y reproductiva desde el Ministerio de Salud. En nuestra breve e intensa trayectoria recorrida, se expondrán las principales barreras u obstaculizadores, así como los elementos facilitadores que interactuaron a lo largo de la fase de implementación de las actividades del programa. En la parte final incorporamos los aspectos normativos que constan en la Ley provincial. Finalmente, deseo destacar, que esta síntesis es sólo el reflejo de un complejo proceso en curso y en constante profundización. Los resultados finales de estas iniciativas podrán ser actividades y la reducción manifiesta de los indicadores de enfermedad y muerte materna que han caracterizado a esta postergada región del país.

OBSTÁCULOS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN

De los recursos humanos

- Imposibilidad de nuevos contratos (por la situación económica de la provincia), lo cual generó la necesidad de identificar aquellos que serían potencialmente los prestadores del nuevo Programa. Se realizó una encuesta en la que libremente podían optar por incluirse como sus prestadores, y posteriormente se los designó como responsables y referentes del Programa de su Servicio (reconocimiento del personal).
- Lograr el compromiso del personal para asegurar el cumplimiento de los siguientes items.
 - a) Asegurar la atención (sobreexigiendo la actual): a cada uno de los profesionales que se designaron como responsables del programa se los capacitó en conceptualización de género, salud reproductiva y salud sexual, concomitantemente

* Gustavo Agolti es jefe del Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable, Ministerio de Salud, Chaco.

con las actividades de programación local. Es importante destacar que en esta etapa se incorporó un importante número de obstétricas en los Centros de Salud, que se exigieron como las principales dispensadoras del Programa.

b) Registrar las acciones: se creó una base de datos que permitió desde el inicio la evaluación mensual del Programa, información que se proporcionó a los servicios para que cada uno de ellos esté en condiciones de percibir los logros y los avances (procesamiento de la información). A su vez, esto permitió ajustar y administrar celosamente los recursos del Programa, estimulando la habilidad para justificar las necesidades en el aumento de insumos (anticonceptivos), con el objeto de cubrir a la población destinataria de cada área programática.

- Mitos y creencias erróneas sobre los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos (MAC): fue necesario un trabajo minucioso para desterrar mitos y creencias del personal de salud que dificultaban o influían negativamente el ofrecimiento de los distintos métodos anticonceptivos. Por ejemplo, la resistencia a indicar o sugerir y asesorar sobre el uso del DIU debido a falsos conceptos de efectos adversos y de complicaciones. Se trabajó problematizando la situación y, mediante el aporte bibliográfico adecuado, se los capacitó científicamente.
- Falta de capacitación para la enseñanza del uso de ciertos métodos (DIU): no todo el personal estaba adiestrado para dispensar tal método, ya que históricamente, y debido a su alto costo, el caudal de usuarias no era suficiente como para favorecer la práctica.
- Credibilidad y sustentabilidad del Programa: basadas fundamentalmente en la continuidad de la provisión de insumos, circunstancia que se consideró determinante para “creer” que el Programa tendría proyección temporal.
- Desterrar la medicalización: el concepto se relacionaba con que los prestadores del Programa deberían ser únicamente médicos, circunstancia que fue difícil de sortear, aunque paulatinamente se permitió el ingreso de otros actores, como las obstétricas, que hoy ocupan un lugar preponderante en la atención; también se replanteó la solicitud innecesaria de estudios previos a la provisión de anticonceptivos (accesibilidad).
- Mejorar la accesibilidad: lograr que toda mujer pueda ingresar en el Programa sin los condicionamientos o trabas previos a la obtención de un anticonceptivo fue una de las tareas más difíciles en el plano de la accesibilidad. Se trabajó profusamente en las “oportunidades perdidas” y en el “costo-beneficio”.

De los insumos

- Diagnóstico de necesidades en la población y estimación de la demanda: con ese fin se realizó y se procesó la encuesta sobre “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos” por parte de usuarias de servicios de salud, buscando tener una idea aproximada de la preferencia de la población que concurría a servicios de salud referida a tipos de anticonceptivo, y así estar en condiciones de definir la proporcionalidad de las compras. Se utilizó también la fórmula del Population Council para el cálculo poblacional del número de mujeres con deseos de anticoncepción (12,4% de la población total o 62% de las mujeres en edad fértil).
- Falta de presupuesto propio: la falta de asignación de un presupuesto específico para el Programa dificultó la posibilidad de prever adecuadamente las compras para provisión y continuidad en el abastecimiento de insumos.
- Asegurar la continuidad: directamente relacionado con el punto anterior.
- Mujeres que no son población objetivo: las mujeres que no se encuadran dentro de los grupos de riesgo obstétrico pueden ingresar en el Programa para realizarse estudios y ser informadas en Procreación Responsable, pero no reciben gratuitamente el método anticonceptivo. Se trabajó con el personal con la intención de concientizarlos de la necesidad de priorizar recursos para la población de mayor riesgo y para la comunidad, y de ayudarlos a comprender que el destino de los insumos debía orientarse hacia las mujeres más vulnerables y necesitadas.
- Sistema de cooperadoras: la continuidad de los sistemas de cooperadoras otorgó ventajas en la medida en que permitió que aquellas mujeres que no recibían métodos anticonceptivos gratuitamente pudieran adquirirlos a menor precio; pero, a su vez, generó disconformidad y hasta denuncias por parte de aquellas que no eran incorporadas para la dación gratuita, por lo que fue necesario suprimirla. Actualmente se está retomando esta actividad con el fin de aumentar la cobertura en los servicios.
- Llegar a todos los que lo necesitan: llegar a “todos”, principalmente a los sectores más marginales es aún un desafío que estamos tratando de abordar mediante el trabajo sobre el terreno, ya que los nuevos asentamientos poblacionales son una constante en la zona.

De la comunidad

Fue necesario trabajar intensamente con la comunidad mediante un adecuado asesoramiento e información acerca de la necesidad de:

- priorización de recursos,
- programación de visitas y controles periódicos,
- estudios básicos para asegurar la salud integral de las usuarias (lo cual resultó especialmente difícil porque se trabajó con una población en “aparente” estado de salud –sensación subjetiva–). El desafío actual es continuar con su promoción.

SITUACIÓN ACTUAL DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA PROVINCIA DEL CHACO

Con una población estimada para el año 2000 en 951.795 habitantes, la provincia del Chaco posee una subpoblación de 251.258 mujeres en edad fértil de entre 12 y 49 años, que desde marzo de 1998 es asistida por el Programa de Educación para la Salud Reproductiva y Procreación Humana Responsable, que fuera implementado a partir de la Ley 4276 sancionada en abril de 1996. El Programa alcanzó en marzo del 2001 una cobertura absoluta de 45.151 mujeres, de las cuales 40.179 reciben gratuitamente su método anticonceptivo y 4.972, si bien no son beneficiarias de la dación gratuita de anticonceptivos, son asesoradas en planificación familiar y estudiadas en su salud sexual (véanse los cuadros adjuntos).

Es importante destacar la evidente concientización de las usuarias del Programa con respecto a los estudios necesarios para su salud sexual e integral; en este sentido, la realización del papanicolau tuvo una progresión importante en aceptación y correspondiente cobertura: 2612 el primer año, 5005 el segundo y actualmente 5490, lo que equivale a una cobertura actual de aproximadamente el 30% de las usuarias (13.107 usuarias). Estas cifras no disminuyeron, pese a la restricción del ingreso en el Programa como consecuencia de la menor disponibilidad de recursos y al evidente incremento de las consultas relacionadas con el Programa (llegó a ser una de las primeras causas de consulta en la provincia, lo cual, como indicador del proceso, evidencia el compromiso del personal de salud en informar y asesorar sobre las bondades de esta práctica).

Si evaluamos el ingreso por grupo de riesgo (véase Cuadro 2) se observa que a medida que se avanzó con la implementación del Programa, la cobertura de múltiparas con cuatro hijos o más fue en aumento, lo que provocó un descenso paulatino de este grupo en el año subsiguiente; otro tanto ocurrió con el grupo con intervalos intergenésicos menores de dos años, y respecto del grupo de las menores de 19 años con un hijo o más se advierte que va en progresivo aumento, lo que permite concluir que las acciones referidas únicamente a la planificación familiar no son suficientes para lograr un impacto y que es preciso recurrir a otras acciones relacionadas con la educación.

CUADRO 1. Cobertura, estudios y consultas del Programa

	NÚMERO DE MUJERES BAJO PROGRAMA			ESTUDIOS			CONSULTAS	
	C/DACIÓ	S/DACIÓ	TOTAL	PAP	EX. VAG.	OTROS	1° VEZ	ULTERIOR
01/03/98-30/02/99	13.787	2.521	16.308	2.612	3.500	2.530	14.485	34.868
01/03/99-30/02/00	16.473	1.249	17.722	5.005	6.529	4.808	17.697	143.285
01/03/00-30/02/01	9.839	1.221	10.960	5.490	6.252	4.903	11.544	153.755
TOTAL	40.099	4.991	44.990	13.107	16.281	12.241	43.726	331.908

GRÁFICO 1. Estudios realizados a las usuarias del Programa comparativo de los años 98-99-00

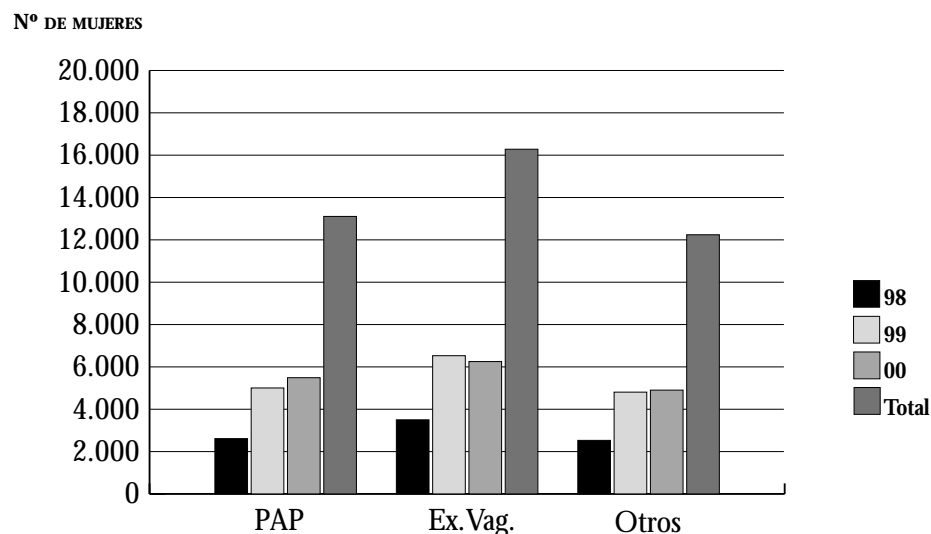


GRÁFICO 2. N.º de mujeres que ingresaron en el Programa en los años 98-99-00

Nº DE MUJERES

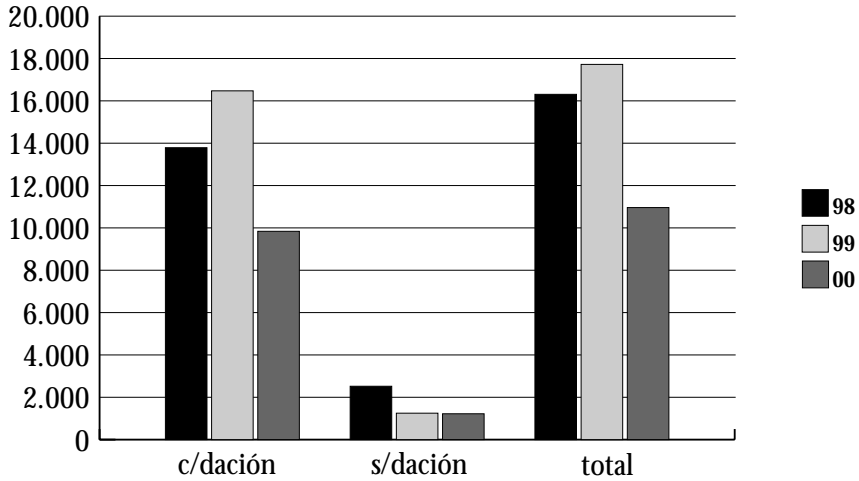


GRÁFICO 3. Consultas del Programa

Nº DE CONSULTANTES

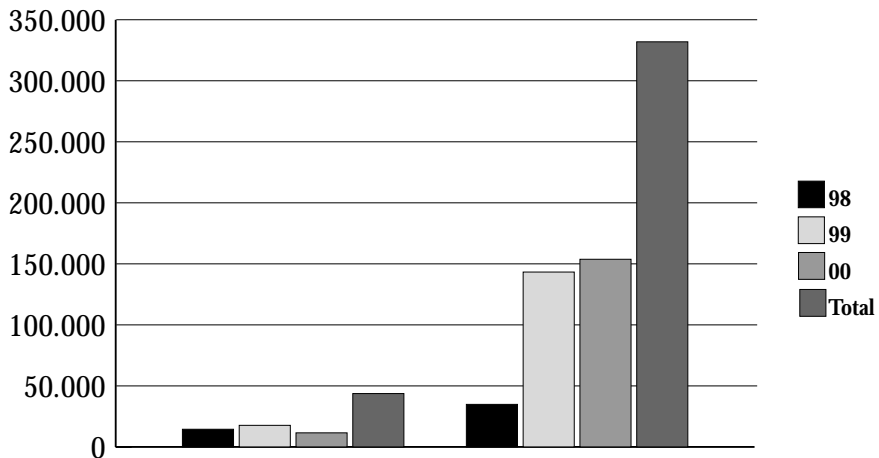
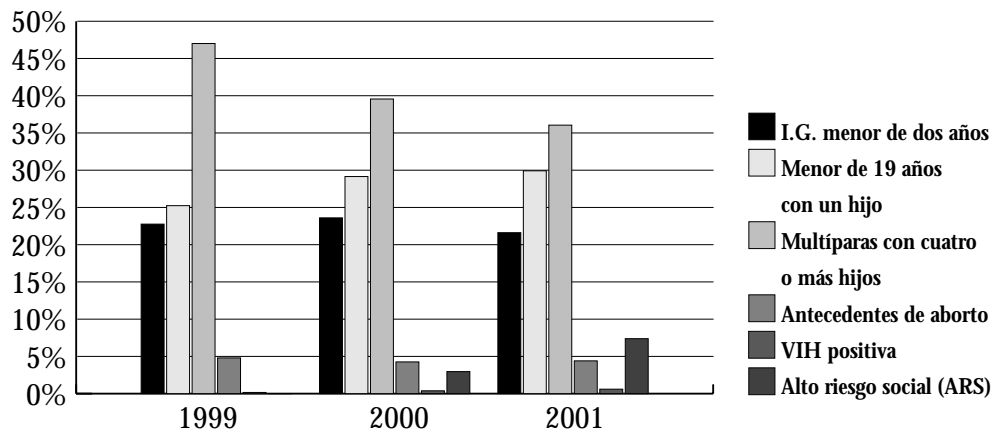


GRÁFICO 4. Porcentaje de ingresos en el Programa por grupos de riesgo obstétrico



CUADRO 2. Porcentaje de grupos de riesgo que ingresaron en el Programa en los intervalos 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001

	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Intergenésico menor de dos años	22,76	23,65	21,61
Menor de 19 con un hijo	25,24	29,15	29,92
Múltipara con cuatro hijos o más	47,01	39,56	36,05
Antecedentes de aborto	4,8	4,26	4,4
VIH positiva	0,16	0,38	0,6
Alto riesgo social	0,007	2,96	7,39

IMPACTO EN LOS INDICADORES DE SALUD

GRÁFICO 5. Comparativo de mujeres bajo Programa Mortalidad materna. 1998, 1999 y 2000

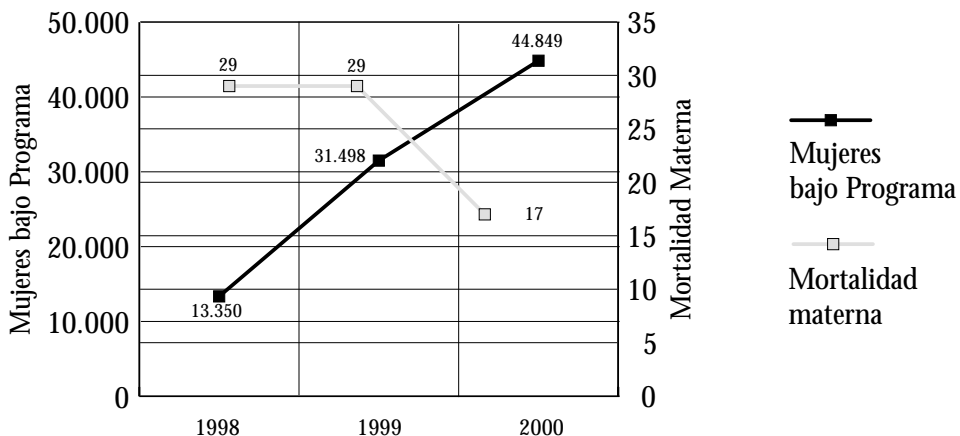
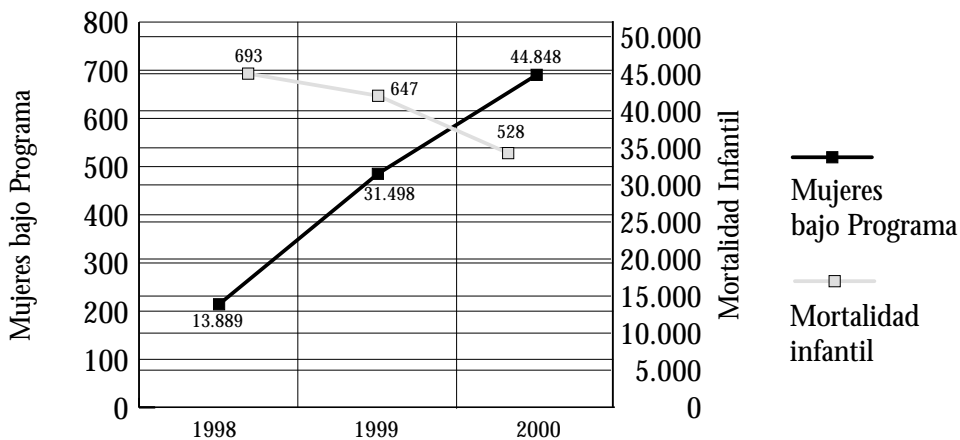


GRÁFICO 6. Comparativo de mujeres bajo Programa. Mortalidad infantil. 1998, 1999 y 2000



Del análisis del cruce entre el indicador de proceso “cobertura” y el número de muertes maternas y muertes infantiles a partir de la fecha de implementación del Programa se deduce el impacto obtenido en estas tasas; atribuir dichos logros exclusivamente al Programa es incorrecto, ya que concomitantemente se desarrollaron acciones favorecedoras para tal fin, como programación local, Comités de mortalidad materno-infantil, evaluación nutricional del niño y de la embarazada, normatización de la atención prenatal y del parto de bajo riesgo, ligadura oportuna y tardía del cordón, entre otras, que están contribuyendo a estos logros. Esto equivale a decir que las “acciones deben ser conjuntas” para que el impacto se evidencie en menor tiempo.

OTROS AVANCES

- Consultorios de Salud Reproductiva en los hospitales Perrando y Pediátrico (destinados a las madres que a ellos concurren, o que tienen a sus hijos allí internados).
- Procesamiento de nueva encuesta de uso y conocimientos de métodos anticonceptivos.
- Implementación de un Protocolo de Anticoncepción posaborto y posparto con DIU en el Hospital Perrando.
- Inicio de investigación en satisfacción y complicaciones del uso del DIU.

METAS DEL PROGRAMA 2001

- Aumentar en un 30% la actual cobertura de mujeres bajo Programa.
- Ampliar la población objetivo del Programa, contemplando los grupos de riesgo obstétricos:
 - embarazadas menores de 19 años con riesgo social (analfabetismo, violaciones, drogadicción);
 - mujeres portadoras de patologías crónicas (HTA, diabetes, insuficiencia renal, discracias sanguíneas, colagenopatías, etc., incorporadas con alto riesgo social);
- Focalizar la vigilancia epidemiológica en algunos establecimientos y elegir

aquellos en los que la calidad de información sobre el Programa es considerada buena para obtener datos sobre:

- embarazos no deseados y no planificados;
- edad promedio de inicio de relaciones sexuales;
- demanda insatisfecha;
- tasas de continuidad/abandono en el uso los distintos métodos anticonceptivos disponibles;
- efectos secundarios.
- Comparar y analizar la información utilizando como fuente de datos las historias clínicas perinatales del Hospital Perrando:
 - número de abortos por edad;
 - número de partos en adolescentes;
 - porcentaje de nacidos vivos de bajo peso/edad;
 - período intergenésico promedio.
- Continuar la supervisión de centros asistenciales.
- Continuar la investigación de satisfacción y complicaciones del uso del DIU.
- Lograr el envío de información para cumplimentar la actividad de difusión hacia la comunidad, realizada desde los establecimientos asistenciales.
- Realizar campañas de comunicación masivas.
- Gestionar ante el InSSseP la incorporación de anticonceptivos en el vademécum.
- Profundizar la investigación ya comenzada sobre razones de abandono y sobre el uso de métodos anticonceptivos en etnias aborígenes, con el fin de mejorar la participación de las mujeres en el Programa.
- Estimular cambios en la legislación vigente referidos a:
 - autorización de lisis;
 - menores de edad;
 - otras situaciones de riesgo.

LEY PROVINCIAL N.º 4276

LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DEL CHACO
SANCIONA CON FUERZA DE LEY

Artículo 1º.- Créase el Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable para la Provincia del Chaco, por medio del cual se pondrá a disposición de la población la educación, información, métodos y prestaciones de servicios que garanticen el derecho humano a decidir libre y responsablemente las pautas inherentes a su salud sexual como así también, y antes de la concepción de la vida, en lo concerniente a la procreación humana responsable en concordancia con la legislación de fondo vigente.

Artículo 2º.- Los objetivos del Programa son:

- a) capacitar agentes de salud, educación y de desarrollo social para informar, asesorar en temas de sexualidad y procreación humana;
- b) propiciar la existencia de profesionales capacitados en reproducción y sexualidad en los centros de salud, en sus diferentes niveles de complejidad;
- c) promocionar campañas de difusión sobre temáticas de: paternidad responsable, procreación humana responsable, sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y sida, y
- d) coordinar acciones con diferentes organismos públicos, interjurisdiccionales, privados y no gubernamentales, que por su naturaleza y fines puedan contribuir a la consecución de estos objetivos.

Artículo 3º.- El Programa operará en los centros asistenciales de salud pública y en las obras sociales a través de sus prestadores de tocoginecología, obstetricia y urología, debiéndose implementar actividades de capacitación que incluyan conceptos de videoteca para el personal dedicado al Programa, el que contará con un equipo interdisciplinario que planificará las estrategias educativas y las actividades de promoción y difusión del Programa en la comunidad. También podrán desarrollarse estrategias de participación mediante el aporte voluntario de la comunidad.

Artículo 4°.- Invítase al Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología a incluir, con carácter de facultativo y con adaptación curricular en los diversos ciclos educativos públicos y/o privados, los contenidos del Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable.

Artículo 5°.- Este Programa brindará los siguientes servicios:

- a) información y asesoramiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y sida;
- b) detección precoz y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y sida;
- c) información y asesoramiento de los métodos preconceptivos disponibles, en su ética, en su efectividad, sus contraindicaciones, ventajas y desventajas y su correcta utilización;
- d) controles de salud y estudios previos y posteriores a la prescripción de métodos preconceptivos no abortivos;
- e) información, estudios y tratamiento para la infertilidad, y
- f) capacitación permanente de los agentes involucrados en el Programa.

Artículo 6°.- Los médicos podrán prescribir a quienes lo soliciten aquellos métodos preconceptivos no abortivos y reversibles.

Artículo 7°.- El Ministerio de Salud Pública proporcionará gratuitamente en los servicios públicos de salud y por el término indicado por el médico los estudios previos, controles periódicos y los métodos preconceptivos no abortivos. La accesibilidad estará garantizada para las personas carenciadas.

Artículo 8°.- Facúltase al Ministerio de Salud Pública a reglamentar la incorporación al Programa de los métodos preconceptivos no abortivos.

Artículo 9°.- Todas las prestaciones médicas y farmacológicas serán incluidas en el nomenclador provincial de prácticas médicas y en el farmacológico, debiendo las obras sociales incorporarlas a sus coberturas en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Artículo 10°.- Para la aplicación de este Programa se considerará como material informativo el documento “Propuesta normativa perinatal -Tomo IV- Procreación Responsable” del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Artículo 11°.- Las erogaciones que demande el cumplimiento de la presente serán imputadas a las partidas de la jurisdicción correspondiente del presupuesto del año en curso.

Artículo 12°.- El Gobierno Provincial, a través del Ministerio de Salud Pública, deberá garantizar la calidad y continuidad del Programa, realizando para ello las evaluaciones necesarias.

Artículo 13°.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en el plazo de noventa (90) días a partir de su promulgación.

Artículo 14°.- Regístrese y comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la sala de sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco, a los diez días del mes de abril del año mil novecientos noventa y seis.

DECRETO REGLAMENTARIO N.º 462/97

RESISTENCIA, 24 DE MARZO 1997

VISTO:

El Expte. N.º 300050397-1011 “E”, a través del cual el Ministerio de Salud Pública propone reglamentar la Ley N.º 4276, y CONSIDERANDO:

Que la citada Ley, promulgada por Decreto N.º 1463/96, dispone la creación del Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable para la Provincia del Chaco.

Que, considerando su texto explícito y amplio, y en opinión del Ministerio de Salud Pública, la reglamentación debe orientarse principalmente a articular

de modo gradual la implementación de la Ley, normatizando los aspectos técnicos, organizando su aplicación en las áreas sanitarias programáticas y supervisando los avances logrados en su ejecución.

Que el art. 12° de la Ley N.° 4276 establece que el Gobierno Provincial, a través del Ministerio de Salud Pública, deberá garantizar la calidad y continuidad del Programa, realizando para ello las evaluaciones necesarias.

Que a tal fin resulta menester conformar una Comisión de Implementación del Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable y disponer todas las medidas pertinentes para el cumplimiento de sus altos objetivos.

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DEL CHACO DECRETA:

Artículo 1°.- Dispónese a partir de la fecha del presente Decreto, la inmediata implementación en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, el Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable, creado por la Ley N° 4276.

Artículo 2°.- A los efectos del artículo anterior, créase una Comisión de Implementación del Programa, la que estará conformada de la siguiente manera:

- un (1) representante del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología;
- un (1) representante del In.S.S.Se.P;
- ocho (8) representantes del Ministerio de Salud Pública, por las siguientes áreas:

Dirección General de Zonas Sanitarias;

Dirección de Maternidad e Infancia;

Dirección de Educación para la Salud;

Dirección de Epidemiología;

Departamento de Salud Escolar;

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Dr. Julio C. Perrando”;

Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y sida, y

un (1) representante de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la Provincia.

Artículo 3°.- La Comisión de Implementación del Programa, estará presidida por el Sr. Subsecretario de Salud Pública y tendrá las siguientes funciones:

- a) Proyectar y proponer, en un plazo no superior a sesenta (60) días, las normas técnicas necesarias para brindar a la población la educación, información, métodos y prestación de servicios que garanticen el derecho humano a decidir libre y responsablemente las pautas inherentes a su salud sexual y procreación humana.
- b) Evaluar el desarrollo del Programa. Las Direcciones de Zonas Sanitarias, a través de su Dirección General, serán las responsables de los aspectos operativos del mismo, velando por su ejecución en toda la red sanitaria provincial.
- c) Coordinar acciones con diferentes organismos públicos y privados que por su naturaleza puedan contribuir a la consecución de sus objetivos.

Artículo 4°.- El Ministerio de Salud Pública dictará, por Resolución Ministerial, las normas técnicas elaboradas por la Comisión creada por el art. 2°, cumpliendo el plazo establecido en el art. 3° inc. a) del presente Decreto.

Artículo 5°.- Comuníquese, dése al Registro Provincial, publíquese en forma sintetizada en el Boletín Oficial y archívese.

DECRETO N.º: 462

OBSTÁCULOS PREVIOS A LA PROMULGACIÓN DE LA LEY 4276.

PRINCIPALES ORGANISMOS O INSTITUCIONES

- Iglesia Católica, a través del Arzobispo de la ciudad de Resistencia, Monseñor C. J. G., expresó su indignación por considerar que la promulgación de la Ley “agravió al pueblo chaqueño” y que “está carente de toda autoridad moral”. Diario *Norte*, Resistencia, 22 de abril de 1996.

- Iglesia de Dios, y pastores de Barranqueras, invitaron a tomar como modelo para practicar una vida sexual sana a nuestros tatarabuelos y próceres, haciendo referencia a la decadencia en la que se encuentra inmersa la familia desde la época de la *Dolce Vita* y el movimiento *hippie*.

- Comisión Arquidiocesana de Justicia y Paz, integrada por J. L. M. y R. A. M., sostuvieron que los convocados a debatir acerca de la Ley no representan a

la mayoría del pueblo, sino a una “minoría ilustrada” y que “el proyecto de ley atenta contra el modelo de la sociedad heterogénea”, por lo que se debería replantear el significado: bien común. Diario *Norte*, Resistencia, 3 de junio de 1996.

- Comisión Multisectorial de la Mujer, a través de sus dirigentes, señoras N. S., I. C. y S. C., sosteniendo como “lamentable la sanción de una ley que niega el derecho a la vida”. Diario *Norte*, Resistencia, 28 de abril de 1996.

- Sindicato de Amas de Casa, a través de la titular, C. P., quien solicita se profundice el debate, ya que no comparte que el Estado invierta en anticonceptivos como una forma efectiva de llegar, mediante la dación gratuita de éstos, a una igualdad social para las mujeres. Diario *Norte*, Resistencia, 28 de abril de 1996.

- 111 médicos de la provincia emitieron un documento en el cual objetan la Ley, expresando en su 1er. punto “lo incorrecto de denominar Salud Reproductiva a un Programa con fuerte acento antinatalista”. Diario *Norte*, Resistencia, 16 de agosto de 1996.

2. PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA PROVINCIA DE MENDOZA

*Ana María Andía**

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, así como otros organismos internacionales, coinciden en señalar que los programas de salud reproductiva son imprescindibles para disminuir la morbilidad y la mortalidad de las niñas y niños y de las mujeres en edad fértil.

Nuestro país presenta bajas tasas de natalidad y, paradójicamente, bajas tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos seguros. Estas cifras sólo se explican por el elevado número de abortos que se realizan para evitar embarazos no deseados. Se trata de abortos provocados, todos ellos ilegales y por ende clandestinos, que frecuentemente se practican en malas condiciones sanitarias, poniendo en grave riesgo la fecundidad futura, la salud y la vida de las mujeres, en particular de las que tienen menos recursos económicos.

En nuestra provincia, antes de la sanción de la Ley de Salud Reproductiva, el accionar concreto en esta temática era muy limitado: sólo desde unos pocos hospitales y centros de salud se brindaba alguna atención en lo referido a planificación familiar. Si bien el marco legal en el nivel nacional estaba dado desde 1985 (Ley N.º 23.179 sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, incorporada en la Constitución Nacional en 1994), la norma no se traducía en acciones efectivas.

La Ley N.º 6.433 de Salud Reproductiva, sancionada en Mendoza en octubre de 1996, dio origen al Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR). El tratamiento de esta Ley implicó intensas discusiones, tanto dentro

* Ana María Andía es jefa del Programa Provincial de Salud Reproductiva de la provincia de Mendoza.

como fuera de la legislatura, y por el hecho de que en el debate participaron diversos sectores –científicos, ideológicos, religiosos y comunitarios de la provincia–, el Programa logró una validación social poco frecuente en la construcción de políticas públicas.

El accionar del PPSR se basa en los tres principios de la bioética:

- autonomía en la toma de decisiones, vinculada con el ejercicio de derechos personalísimos;
- beneficencia, en cuanto a la posibilidad de gozar de una adecuada información y atención en salud sexual y reproductiva;
- justicia en la distribución y en el acceso a los recursos.

En este marco, se aspira a que las personas puedan tener una vida sexual sana, vivir libres de violencia, temor o muerte asociados con la reproducción y la sexualidad, y manejar su propia fecundidad con eficacia y sin riesgo para su salud.

Los efectores del PPSR son todos los centros de salud y los hospitales públicos de la red provincial. Allí se brinda orientación y asistencia en salud sexual y reproductiva.

Sabemos que aunque la problemática de la salud sexual y reproductiva alcanza a toda la población, se focaliza inevitablemente en las mujeres, especialmente en las más jóvenes y en las más pobres, debido a las complicaciones del embarazo y el parto, a los abortos y sus consecuencias y al mayor riesgo de contraer infecciones del tracto reproductivo, incluido el VIH/sida. Los servicios del PPSR están entonces dirigidos a la población en general, pero se presta una especial atención a la población considerada en riesgo reproductivo.

LA IMPLEMENTACIÓN Y EL ACCIONAR DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA COMO PROCESO POLÍTICO

En la temática de salud y de derechos sexuales y reproductivos se cruzan múltiples vectores ajenos al sector salud: ideológicos, jurídicos, económicos, éticos, religiosos, sociales, corporativos. Lo que subyace son los distintos modos en que se juega el poder que ejercen o pretenden ejercer distintos actores

sobre la sexualidad femenina: la pareja, la familia, los profesionales de la salud, las instituciones de la sociedad civil y el mismo Estado.

Esto hace que la implementación de un programa de salud reproductiva en el marco de las políticas institucionales de cada jurisdicción, los diferentes modos de llevarlo a la práctica, las diversas estrategias para hacer frente a los obstáculos y dificultades configuren un proceso político de características propias, con avances y retrocesos, con ingredientes comunes y otros claramente locales. Así, en Mendoza el PPSR es mucho más que un conjunto de acciones dentro del sector salud. Es, desde sus inicios, un proceso político que constituye un desafío permanente, por la complejidad del escenario y la multiplicidad de actores involucrados. Desde sus primeras etapas, el tema en esta provincia giró significativamente alrededor del eje de los derechos sexuales y reproductivos, tanto en lo que se refiere a la discusión de la ley como a la implementación del Programa. Ya en la fundamentación del proyecto de Ley el legislador explicita que se busca “hacer operativos derechos consagrados por la Constitución Nacional”, lo que en sí mismo no deja de ser una paradoja.

El debate parlamentario y la discusión en otros espacios políticos y sociales, así como la posterior reglamentación de la Ley y la implementación del Programa, cruzó transversalmente los partidos políticos y distintas organizaciones de la sociedad civil. En el nivel del Poder Ejecutivo, se contó con el apoyo de las más altas autoridades del Ministerio de Salud, tanto de la gestión anterior como de la actual, enunciado en términos de reconocer esta temática como política de Estado. Y desde el cambio de gobierno provincial (diciembre de 1999) se ha dado un proceso de profundización de los contenidos y de intensificación de las acciones. Vale insistir en que alrededor de este tema los posicionamientos son ideológicos antes que partidarios.

Otra fortaleza, no menor, reside en que la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), que da cobertura al 18% de la población de Mendoza, incluida en los alcances de la Ley provincial, ha ido desarrollando su propio programa en forma coordinada y sinérgica con el Ministerio de Salud.

En cuanto a la población en general, el Programa cuenta con un respaldo muy alto, medido a través de periódicas encuestas de opinión pública de agencias independientes encargadas por los medios de comunicación. Sin embargo, es interesante reconocer que esta opinión pública favorable no se ha visto reflejada en las dos audiencias públicas convocadas por la legislatura mendocina. Los detractores de los derechos sexuales y reproductivos demostraron su mayor capacidad de organización y movilización en el debate de la Ley provincial (mayo de 1996) y en ocasión de la discusión de un proyecto de ley sobre ligadura tubaria (noviembre de 2000) que continúa en comisiones, a partir de lo cual aprendimos la lección de que resulta inútil confrontar posturas a priori irreconciliables.

Otro dato para destacar es que desde el comienzo de la ejecución del Programa se ha podido desarrollar una buena relación con la prensa local.

LAS ACCIONES ASISTENCIALES

Por ser uno de los principales objetivos facilitar el acceso de toda la población a los servicios de salud reproductiva, y atendiendo a no profundizar la histórica inequidad geográfica en los servicios públicos de salud, se decidió iniciar las acciones de manera simultánea en la totalidad de los centros de salud y hospitales de la provincia, incluyendo los centros y las postas municipales. Se contaba con la experiencia previa, en pequeña escala, desarrollada por la Municipalidad de Mendoza desde 1988.

El inicio simultáneo tuvo como consecuencia que la oferta asistencial fuera bastante heterogénea en los distintos efectores durante las primeras etapas del Programa, debido a múltiples causas. Es posible distinguir dificultades estructurales relacionadas con la existencia o no de médicos tocoginecólogos, de equipamiento e instrumental específico, de condiciones básicas de privacidad en la consulta, y otras que hacen a cuestiones actitudinales, a resistencias que no se verbalizan pero se actúan, como la predisposición para participar o no del Programa tanto en la atención médica como en la entrega de información, a priorizar la prescripción de ciertos métodos anti-conceptivos en detrimento de la posibilidad de elección de las usuarias, a garantizar la reposición oportuna de los insumos, a identificar que en la base de estas acciones

residen derechos constitucionales, etc. Este tipo de dificultades son poco frecuentes pero complejas de gerenciar, y comprometen los resultados del Programa. Para enfrentarlas hemos ido desarrollando diversas estrategias y acumulando varios aprendizajes.. y también algunas frustraciones.

Una de las lecciones aprendidas en este proceso es la importancia de contar en cada lugar con al menos una persona realmente comprometida con la temática, aunque no necesariamente deba ser un profesional de la ginecología. Este referente, cuando existe, se transforma en el interlocutor que permite ir conociendo (y corregir si es necesario) aspectos del desarrollo del Programa que no aparecen en los registros de consultorio. Porque está claro que en el ámbito de la sexualidad humana y de la reproducción, la existencia de servicios públicos de salud teóricamente aptos para el desarrollo de acciones específicas no garantiza per se los resultados en términos de atención oportuna y adecuada. Las consideraciones de género no son ajenas a la situación planteada.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, en Mendoza ha sido posible sostener una oferta amplia¹ y asegurar continuidad en la provisión de estos métodos y de otros insumos básicos. Aquí también se expresa el respaldo político.

Es interesante registrar cómo ha ido variando la tasa de aceptación de los distintos métodos anticonceptivos a partir del año 1998. Así, por ejemplo, hace tres años la tasa de aceptación de los dispositivos intrauterinos era de alrededor del 40%, y hoy está por debajo del 20%, lo que se acompaña de un aumento en la aceptación de los métodos hormonales. Podemos pensar que en los inicios del Programa había una demanda insatisfecha mayor para los dispositivos intrauterinos respecto de otros métodos, lo que obviamente se relaciona con su alto costo en el mercado privado de la salud, y ratifica la necesidad de la intervención del Estado desde una óptica de equidad en el acceso a las distintas alternativas anticonceptivas.

¹ Se proveen anticonceptivos orales combinados en dos dosis, píldoras de progestágeno para el período de lactancia, inyectables, dispositivos intrauterinos, preservativos, diafragmas, óvulos y cremas, anticonceptivos de emergencia, indicaciones para la abstinencia periódica y para el método de lactancia amenorrea.

Afortunadamente, los costos de los anticonceptivos adquiridos en licitación pública son bajos, o muy bajos, si se los compara con los costos sanitarios y sociales que derivan de su no disponibilidad: embarazos no deseados que pueden terminar en abortos complicados y hospitalizados, con su secuela de morbilidad y muerte de mujeres en edad fértil, embarazos muy frecuentes o en edades extremas, con su alto riesgo asociado, mayor número de internaciones de recién nacidos en neonatología, etc. De acuerdo con la mezcla anticonceptiva que resulta de las acciones del Programa en nuestra provincia, el costo promedio de cada año de protección-pareja² (APP) provisto es de menos de seis pesos.

En relación con la cobertura, registramos un crecimiento sostenido, medido en años de protección-pareja, que casi duplica sus valores desde 1999 hasta 2000. Y en lo que va de 2001, observamos que el incremento con respecto al primer semestre del año anterior ronda el 50%. La proyección para el presente año alcanza los 50.000 APP, distribuidos a través de todos los centros de salud y los hospitales provinciales.

Hay ciertas tareas asistenciales que, si bien son pequeñas en valores absolutos, tienen una dimensión particular: se trata de los consultorios que se han abierto en la unidad de mujeres del penal provincial y en el hospital pediátrico de Mendoza, para la atención de adolescentes varones y mujeres, así como de la provisión de los anticonceptivos para el consultorio que atiende estudiantes en el comedor de la Universidad Nacional de Cuyo.

Se ha implementado también la posibilidad de firmar la objeción de conciencia, con carácter de declaración jurada, lo que incluye la práctica privada de los objetores. Es un documento público, valorado en cada caso por el Consejo Provincial de Bioética, con posterior comunicación a colegios profesionales, clínicas y sanatorios. Este instrumento no habilita a que se produzcan “objeciones institucionales” que puedan comprometer la atención en salud sexual y reproductiva.

² Se define como año de protección-pareja la cantidad de cada tipo de anticonceptivo que necesita una pareja para estar protegida durante un año: trece ciclos de píldoras, doce inyectables mensuales, cien preservativos, etcétera.

LAS ACCIONES DE CAPACITACIÓN

La capacitación es un instrumento destinado a mejorar la calidad de las acciones asistenciales, a la vez que permite acotar los temores y las resistencias ligados con la falta de información o con la información incorrecta o incompleta de algunos de los actores involucrados.

Actualmente se desarrollan cursos anuales destinados a los integrantes de los equipos de salud de las distintas zonas sanitarias de la provincia, con énfasis en temas de sexualidad humana y en derechos sexuales y reproductivos. También se realizan encuentros de actualización en anticoncepción. Es en estas actividades donde se identifican los posibles referentes locales del Programa. A estos cursos se suman los brindados a docentes, profesionales de gabinetes educativos, de minoridad y familia, de otras áreas y programas de salud, y estudiantes universitarios de distintas carreras. Merece destacarse la capacitación que se brinda al personal del penal y de la policía, esta última con especial foco en el tema de anticoncepción de emergencia, vinculada con las denuncias por abuso sexual.

También se llevan adelante acciones de capacitación de multiplicadores: promotores de salud, beneficiarias de los programas Jefas de Hogar, Solidaridad y PROMIN, e integrantes de organizaciones de la sociedad civil.

LAS ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Uno de las principales vías de difusión del Programa es el contacto directo con las mujeres internadas en los servicios de maternidad y ginecología de los hospitales públicos de nuestra provincia (véase “Enfoque de riesgo” en pág. 70).

Se han confeccionado materiales impresos de buena calidad desde el punto de vista comunicacional: afiches, volantes y folletos para distintos fines, que también se entregan en los consultorios de los centros de atención primaria y en campañas masivas periódicas.

Es importante destacar algunos canales de intervención novedosos, como la entrega de folletos en espectáculos públicos que convocan especialmente a mujeres y/o adolescentes, y la colocación de exhibidores con folletería en las góndolas de supermercados donde se venden toallas femeninas. También cabe mencionar algunos materiales innovadores elaborados en coordinación con otros programas del Ministerio de Salud, como los naipes para adolescentes, que integran mensajes preventivos sobre accidentes, alcoholismo, salud reproductiva y sida, y los carteles autoadhesivos en los baños de *pubs* y locales bailables.

EVALUACIÓN EXTERNA DEL PROGRAMA

A fines del año 2000 se desarrolló una evaluación externa del Programa, financiada por el Consejo Federal de Inversiones cuyos objetivos fueron:

- conocer la disponibilidad de recursos en hospitales, centros de salud y postas sanitarias para brindar la asistencia prevista por el PPSR;
- conocer opiniones sobre el Programa, los valores y la predisposición a “hacer salud reproductiva” entre los integrantes de los equipos de salud;
- conocer la opinión de las usuarias del Programa sobre la calidad de la atención que se les brindan.

Interesa rescatar algunos de los resultados obtenidos en relación con el segundo y el tercer objetivos. Se observa que en el discurso de los integrantes de los equipos de salud se confunden conceptos tales como “control de la natalidad”, “planificación familiar” y “derechos reproductivos de las mujeres”. Si bien la mayoría no dispone de información teórica básica sobre derechos sexuales y reproductivos, su actitud de compromiso con esta temática se manifiesta cuando reconocen la importancia de que las mujeres de bajos recursos puedan acceder a estudios relacionados con su salud reproductiva, a información sobre su sexualidad y a la provisión gratuita de insumos en el sector público.

La identificación con esta política sanitaria se sostiene en el hecho de que los profesionales perciben que están respondiendo a una demanda social sentida; que las mujeres incorporadas al Programa aceptan y dan continuidad a los tratamientos; que ahora ellas han ampliado los márgenes de decisión sobre la cantidad de

hijos a tener y que, en su ámbito inmediato, muchos de ellos observan una disminución en el número de embarazos no deseados.

Por su parte, las usuarias entrevistadas vinculan su satisfacción con el Programa a la gratuidad de la atención (que al mismo tiempo opera como un límite interno para manifestar expectativas y deseos); a la posibilidad de acceso a métodos anticonceptivos de manera no inducida y a la no interrupción en la entrega de los insumos. Asimismo, rescatan la escucha profesional, la atención personalizada y el cuidado de su privacidad como elementos determinantes de la calidad de atención que reciben. Una parte de las entrevistadas relaciona esos atributos con el hecho de ser atendidas por profesionales mujeres.

Es evidente que resta aún mucha tarea por delante para que tanto prestadores como usuarias identifiquen y puedan defender como tales los derechos constitucionales que sustentan el Programa.

ESTRATEGIAS PARA LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. CUATRO HERRAMIENTAS DESTACABLES

Enfoque de riesgo

Las mujeres internadas en las maternidades y en los servicios de ginecología de los hospitales y las mamás en el hospital pediátrico provincial son entrevistadas por trabajadoras sociales y por otros agentes para la detección del riesgo reproductivo. Se les brinda información y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva, se les entrega folletería específica y se las deriva para su atención a un centro de salud según su domicilio. En los casos de alto riesgo se les ofrece asistencia en el hospital antes del alta. La información sobre alto riesgo reproductivo es enviada a los centros del primer nivel de atención para realizar el seguimiento en terreno de esa población, a través de agentes sanitarios o promotores de salud. La visita domiciliaria tiene como objeto ampliar la información y la orientación sobre salud sexual y reproductiva y facilitar el acceso a los servicios, y requiere contar con personal capacitado, lo que no siempre es posible.

Anticoncepción de emergencia y ligadura tubaria

En ambas temáticas el diagnóstico inicial era similar.

- Identificación de situaciones en que teóricamente estaban dadas las condiciones para acceder a una determinada prestación en los efectores públicos, aunque en la práctica ello no era posible. Los anticonceptivos de emergencia están efectivamente aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica desde hace algunos años; la Ley N.º 17132/67 de ejercicio de la medicina establece en qué casos no es punible la ligadura tubaria.
- Desinformación sobre el tema y su marco normativo específico en gran parte de los integrantes de los equipos de salud, fantasías y temores, confusión entre la posibilidad de un juicio por mala praxis y la legalidad/ilegalidad de ciertas prácticas médicas.
- Inequidad socioeconómica, ya que el acceso a la anticoncepción de emergencia y a la ligadura tubaria es relativamente fácil en el subsector privado.
- En el caso de ligadura tubaria, exigencias improcedentes, como contar con la autorización judicial y/o la del cónyuge. También, intereses creados por su alto costo en el circuito de la medicina privada.

Desde el Programa se intentó en primera instancia una tarea de información y esclarecimiento, que resultó insuficiente. En el caso de la anticoncepción de emergencia, las dificultades más frecuentes pasaban por el desconocimiento, subsanable, y por objeciones religiosas, atendibles. En cuanto a la ligadura tubaria, las mayores resistencias eran de naturaleza ideológica (el derecho a decidir sobre el propio cuerpo), legales (el temor a un posible juicio) y económicas (pocas veces explicitadas).

En ambos casos se decidió la redacción y gestión de resoluciones ministeriales que regularan esas prestaciones en los centros sanitarios públicos de la provincia, atendiendo a los principios bioéticos de autonomía, justicia y beneficencia. Se inició entonces un proceso continuo (y casi artesanal) de difusión, capacitación, negociación local³ y monitoreo.

a) Anticoncepción de emergencia (AE): es sabido que la mayor parte de los anticonceptivos se deben usar antes o durante la relación sexual. Algunos métodos

³ En algunos casos ha sido necesario elaborar disposiciones particulares para su aplicación en un hospital determinado.

pueden, sin embargo, utilizarse hasta unos pocos días después de un coito potencialmente fecundante, para prevenir un embarazo no deseado. La AE es un instrumento para evitar un embarazo no planeado ni deseado, fruto a su vez de relaciones sexuales no protegidas, que puede derivar en un aborto inducido, necesariamente clandestino, con sus graves consecuencias de morbilidad y muerte.

A pesar de su alta seguridad y de su eficacia, muchas mujeres desconocen la existencia de la AE, o no saben cómo utilizarla. A esto se suma que una buena parte de los integrantes del equipo de salud tampoco tienen la suficiente información sobre su disponibilidad y sobre las posibilidades de prescripción. La mayor parte de los embarazos no deseados podrían prevenirse con una adecuada difusión y con acceso a la AE. Sin embargo, son todavía muy pocas las mujeres que necesítandolo hoy tienen acceso a la AE.

Por ello es fundamental llegar con información adecuada y oportuna (antes de que sea necesaria) a todas las mujeres en edad fértil, debido al período de tiempo tan limitado en que es posible usar la AE luego de un coito no protegido. Toda usuaria de algún método anticonceptivo regular, cuando recibe información sobre la eficacia del método utilizado y sobre sus posibilidades de falla, debe también ser informada sobre la AE y la manera de acceder a ella. A su vez, toda mujer que requiera anticoncepción de emergencia debe ser simultáneamente asesorada sobre los otros métodos seguros y confiables para regular su fecundidad de manera permanente.

La AE permite prevenir embarazos secundarios a actos de violencia sexual. Por ello también debe estar disponible en lugares como los consultorios de medicina forense y las guardias hospitalarias.

La Resolución Ministerial N.º 1733/99 tiene como objetivo general “desarrollar un proyecto de difusión y asistencia interdisciplinaria e intersectorial de la anticoncepción de emergencia, desde el Programa Provincial de Salud Reproductiva, y en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos”. Sus objetivos específicos son:

- capacitar a los integrantes del equipo de salud de los diversos efectores del Ministerio sobre anticoncepción de emergencia;

- brindar información oportuna y adecuada a la mujer en edad fértil y a su pareja sobre esta temática;
- ofrecer atención profesional en anticoncepción de emergencia y provisión de los insumos pertinentes;
- promover la formación de una red intersectorial de asesoramiento y derivación asistencial para las mujeres víctimas de violencia sexual.

b) Ligadura tubaria: la ligadura tubaria, práctica accesible en nuestro país en el circuito de la medicina privada, sin que abunden las consideraciones de orden jurídico, habitualmente no es accesible en el subsector público, al que concurren las mujeres más afectadas por el impacto que tienen los embarazos sobre su salud y la de su grupo familiar. Esta diferencia, marcada por el nivel socioeconómico, termina manifestándose en muchos casos como la diferencia entre la vida y la muerte de esas mujeres.

La mayor parte de los profesionales de la salud que se desempeñan en efectores públicos acuerdan con la necesidad de proveer dicha cirugía, pero a la hora de actuar, muchos de ellos son ganados por los temores o las dudas generadas por la falta de información fidedigna acerca del marco legal en el cual es posible realizarla. Esto lleva a que en muy pocos casos las mujeres cuyo estado de salud torna necesaria la intervención puedan acceder efectivamente a ella en un hospital público. Con frecuencia se les exige indebidamente como requisito el consentimiento del cónyuge, lo que vulnera el ejercicio de su autonomía. Con frecuencia se les ha requerido, también indebidamente, que obtengan una autorización judicial, lo cual suma a los graves problemas de la interesada uno más: la violencia institucional. Hablamos de violencia institucional porque esa ciudadana se ve obligada a judicializar su vida privada, a llevarla al ámbito público. Sumemos a esto que acceder a la justicia no resulta sencillo para nadie, y menos aún para las personas de menores recursos.

La Resolución Ministerial N.º 2492/00 permite dar respuesta a una mujer que tiene en riesgo su salud o aun su vida frente a un nuevo posible embarazo que no puede ser evitado con otros métodos anticonceptivos. Establece los mecanismos mediante los cuales, en el marco de la legislación vigente, es posible y deben realizarse las ligaduras de trompas en los hospitales públicos de Mendoza, siempre

que exista una clara indicación terapéutica (resultante de la integración de los informes médico, psicológico y social).

El consentimiento informado, condición imprescindible, es entendido como un proceso de decisión en el que la información recibida por la paciente le permita evaluar los posibles riesgos y beneficios de la intervención en relación con su salud y su vida, y comprender que cualquiera sea la decisión que tome ésta será respetada. Es de destacar también la conformación de un equipo interdisciplinario de información y contención.

c) Pasantías de actualización en anticoncepción para médicos de familia: esta pasantía surge de la necesidad de aumentar la cantidad de profesionales calificados para atender consultas de salud reproductiva, por el hecho de que es insuficiente el número o inadecuada la distribución de los tocoginecólogos en el primer nivel de atención (están en dos de cada tres centros de salud).

Desde el comienzo del Programa fue significativa la buena predisposición de los médicos de familia hacia la temática de salud sexual y reproductiva. Otro dato valioso es el incremento paulatino de su presencia en los centros más periféricos, en los que a veces es el único profesional presente.

Desde el Programa se decide la implementación de una Pasantía de Actualización en Anticoncepción para médicos de familia, formalizada mediante la Resolución Ministerial N.º 2161/00. Se trata de una pasantía de carácter teórico-práctica, con evaluaciones de proceso y final y articulación con el Programa de Detección Precoz de Cáncer Génitomamario y el Programa de sida.

A lo largo del proceso de implementación de estas pasantías, se planteó la necesidad de realizar algunos ajustes sobre la base de la experiencia adquirida, y ha sido necesario enfrentar algunas resistencias profesionales de naturaleza económica y/o corporativa. Lo que no ofrece dudas es que, desde el punto de vista de la calidad de la atención en los servicios de salud, la actualización de los médicos de familia en temas de salud sexual y reproductiva no sólo amplía y mejora la oferta, sino que además nos acerca a un modelo de atención más integral de la salud de la mujer.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LA REFORMA
DEL SECTOR SALUD

Finalmente, en el marco de la reforma del sector salud en la provincia de Mendoza podemos señalar dos aspectos que significan avances en la institucionalización del Programa.

(i) La incorporación de las prestaciones de salud reproductiva al nomenclador de los hospitales públicos de autogestión, que les permite facturar la atención ambulatoria en salud reproductiva y los insumos anticonceptivos entregados a los afiliados de la seguridad social.

(ii) La incorporación de cláusulas vinculadas con acciones específicas del Programa en los contratos-programa⁴ firmados a comienzos de 2001 entre el Ministerio de Salud y los principales hospitales de la provincia.

Es necesario señalar que en los establecimientos de mayor número de camas y más alto nivel de complejidad el Programa tenía hasta ahora menor presencia que en los centros de atención primaria, lo cual es esperable, pero sin que mediara una lógica explícita al respecto. Este segundo instrumento (ii), en etapa de implementación, permitirá discriminar prestaciones según el nivel de complejidad del hospital, uniformar los sistemas de registro con los de la atención primaria, evitar los intentos de “objeción institucional”, si existieran, e informar y capacitar al personal hospitalario. Además, al darle un perfil específico dentro del hospital, facilita la identificación del Programa Provincial de Salud Reproductiva como uno de los recursos para disminuir la morbimortalidad materna, a la que el personal hospitalario se enfrenta con una frecuencia que es necesario reducir.

⁴ El contrato-programa es una herramienta de gestión de los servicios de salud, firmado en este caso entre el Ministerio y cada hospital, que vincula la actividad o producción de ese efector con el presupuesto máximo asignado. Funciona como un mecanismo de regulación de las relaciones entre el ente financiador y cada prestador.

3. PROGRAMA DE PROCREACIÓN RESPONSABLE DE ROSARIO

*Elda Cerrano**

En contraposición con quienes me precedieron en el uso de la palabra, quiero comentarles que mi lugar de trabajo es un municipio, el de Rosario, debido a que en la provincia de Santa Fe se aprobó la ley de Procreación Responsable el 31 de mayo de 2001, pero no se reglamentó ni mucho menos se implementó.

En Rosario, ciudad de aproximadamente un millón de habitantes, se aprobó a fines de 1996 la Ordenanza 6.244 que crea el Programa de Procreación Responsable, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad. Luego de haber resistido fuertes presiones para su veto, se reglamentó en 1997 y se implementó en 1998 con el apoyo del UNICEF (que financió visitas de expertos y permitió nuestra conexión con CEDES).

Coexisten en la ciudad dos administraciones de salud: la municipal y la provincial, que si bien difieren en el enfoque sobre los problemas de salud, se dividen la población en lo que hace a atención primaria.

En lo que respecta al motivo que nos reúne en este seminario, lamentablemente debo informar que la mortalidad materna de las mujeres domiciliadas en la ciudad –según certificados de defunción– fue la registrada en el siguiente cuadro.

CUADRO 1. Tasa de mortalidad materna en Rosario 1987-2000

AÑO	TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIDOS VIVOS
1987	4,22 (sin subregistro)
1994	6,4 (con subregistro)
1995	5,18
1996	3,24
1997	0,59 (n = 1)
1998	0
1999	3,26 (n = 5)
2000	5,3 (n = 8)

* Elda cerrano es coordinadora del Programa de Procreación Responsable, Municipalidad de Rosario.

En el año 2000 la mitad corresponden a abortos no especificados (n = 4).

Partimos del supuesto de que el Programa de Procreación Responsable, instituido en 1998, no impactaría en las cifras históricas de mortalidad materna de la ciudad. La explicación es multicausal: por un lado, las dos administraciones de salud mencionadas, que difieren en las políticas de salud reproductiva; por otro, una población muy heterogénea en los barrios y una migración muy variable, lo cual dificulta grandemente los controles.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PROCREACIÓN RESPONSABLE

Quiero informar que la implementación del Programa contó siempre con la firme decisión política de garantizar el derecho a la salud en general y a la salud reproductiva de las mujeres en particular, por lo cual los insumos consensuados existieron en forma continua.

Monitoreo de PPR como programa prioritario

Descripción de la muestra general

En el Sistema Municipal de Epidemiología (SIME) se comenzó a realizar un seguimiento de las mujeres que se incorporaron al Programa mediante registros ad hoc. Hasta diciembre del año 2000 se incorporaron en una base de datos –que podría considerarse como una muestra de la totalidad de mujeres incorporadas al Programa– 11.893 mujeres, que ingresaron en éste entre noviembre de 1998 y diciembre de 2000. El Cuadro 2 muestra su distribución.

CUADRO 2. Distribución de mujeres incorporadas en la base de datos del SIME según distrito

DISTRITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Centro	449	3,8
Norte	2204	18,5
Noroeste	2202	18,5
Oeste	2782	23,4
Sudoeste	2089	17,6
Sur	1059	8,9
Se desconoce	1108	9,3
Total	11.893	100

Rosario – 1998 *Total de nacidos vivos: 14.234* **Tasa de natalidad: 14,4 0/00**

DISTRITO	NACIDOS VIVOS	TASA DE NATALIDAD
Centro	2581	9,10
Norte	1560	11,0
Noroeste	2634	16,7
Oeste	2385	20,5
Sudoeste	2130	18,8
Sur	2513	14,4

Los datos de usuarias ingresadas en el Programa por distrito tienen relación directa con los nacimientos que se produjeron en dichos distritos.

Pese a que el ingreso al Programa que consta en la base de datos alcanza a 11.893 mujeres, hay que señalar que de acuerdo con la Auditoría de Farmacia de nuestros efectores, los ciclos de ACO adquiridos suman 19.200 mensuales.

A los fines de efectuar una evaluación del Programa en relación con el grado de adherencia de las usuarias ingresadas en esta base, se comenzó un seguimiento en cada uno de los efectores municipales, por el que se comprobó la adherencia de las mujeres desde el momento de su ingreso en el Programa hasta junio de 2001, lo que en promedio abarca un período de dos años. Se definió a la mujer adherente como la que había concurrido a buscar o colocarse su MAC siempre en fecha, o aquella a la que le faltaban no más de dos registros seguidos. El estudio comenzó en el distrito Norte, y sobre el total de mujeres ingresadas hasta diciembre de 2000 se comprobó, de acuerdo con los registros, que sólo el 58% continúa con total adherencia al Programa.

Del 76% de las mujeres de este distrito que en su ingreso optaron por ACO, el 53% continúan con el mismo método. Del 12,8% de las mujeres con DIU, continúan con el mismo método un 98%. Del 10,3% de las mujeres a las cuales se les administró medroxiprogesterona, sólo el 40% sigue cubierta. Cabe aclarar que el número de mujeres de las que se desconoce qué método utilizan es muy pequeña (0,3%).

GRÁFICO N°1. Porcentaje de mujeres que continúan cubiertas en PPR (según registros). Distrito Norte.

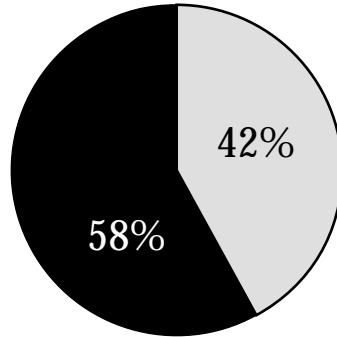
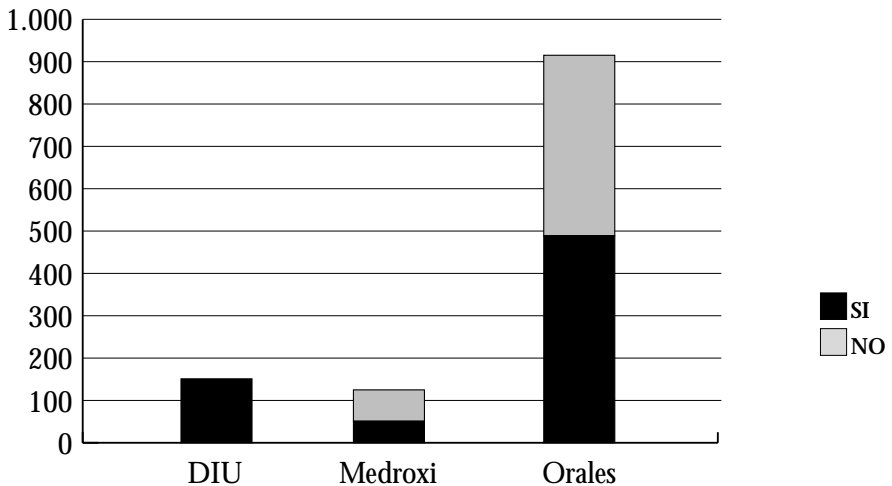
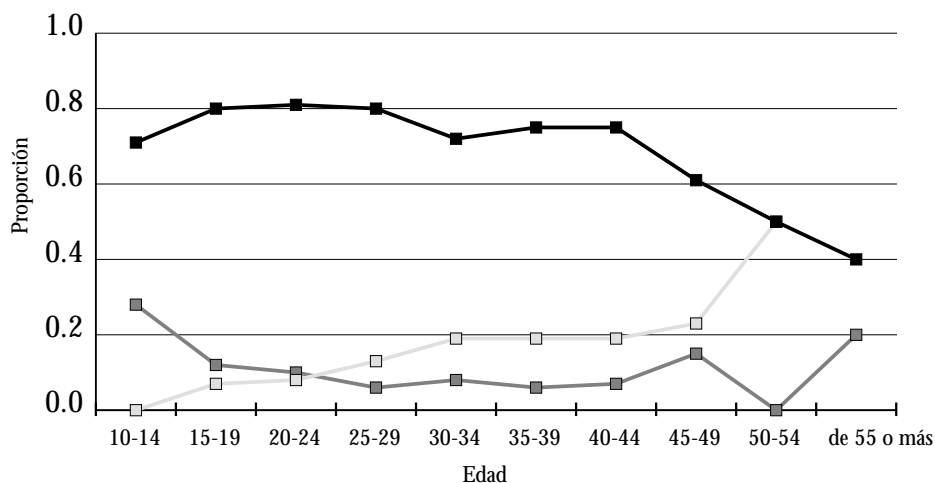


GRÁFICO N°2. Comparación de adherencia por método actual en el Distrito Zona Norte.



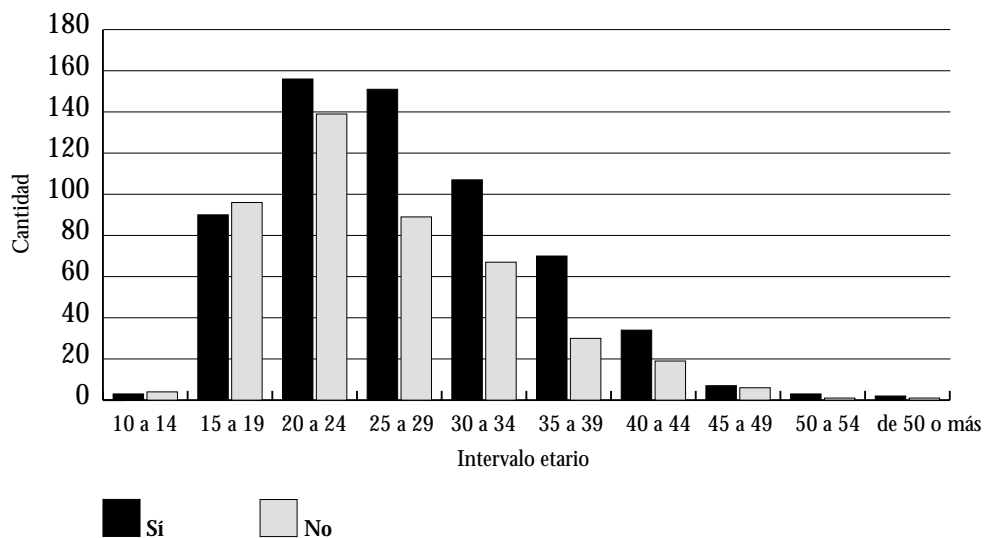
En el Gráfico N.º3, que muestra en qué proporción se administran los distintos métodos anticonceptivos para los diferentes grupos de edades, observamos que el uso de ACO es más frecuente en mujeres jóvenes, y disminuye con el aumento de la edad, y que la elección del DIU es más común en mujeres de mayor edad. En cuanto a las medroxiprogesteronas, se observa que su uso, muy frecuente en madres adolescentes menores, disminuye a partir de los 14 años y se mantiene estable hasta los 44 años, cuando vuelve a aumentar su utilidad.

GRÁFICO N°3. Proporción de métodos utilizados según edad. Distrito Norte.



El Gráfico N°4 revela que en el intervalo comprendido entre los 10 y los 19 años el porcentaje de mujeres que no adhiere es mayor (52%), y que ocurre lo contrario en el resto de los intervalos etarios. Cabe destacar que la mayor adherencia se presenta entre los 25 y los 44 años.

GRÁFICO N°4. Cobertura por intervalo etario en el Distrito Norte.



Según el registro del Programa, un 3% de las mujeres cambiaron el método anticonceptivo utilizado en el momento de la notificación.

Para determinar los motivos por los cuales el 42% de las usuarias abandonó el Programa, se decidió efectuar una entrevista domiciliaria (que continúa llevándose a cabo). En esta primera instancia se realizó la búsqueda de 35 usuarias, con las cuales sólo se efectivizaron 10 entrevistas (28%). La razón reside en direcciones mal consignadas o falta de la numeración correspondiente.

Seis entrevistadas (60%) afirmaron no haber abandonado el método, lo que refleja que en los registros que constan en nuestros efectores hay un error. Una usuaria dijo que aunque cambió de efector continúa bajo Programa; dos que cambiaron el método –pasaron de ACO a inyectables porque se olvidaban de tomar las pastillas– y la última hace ocho meses está embarazada y refiere que no sabe qué pasó porque ella “estaba tomando las pastillas y... a lo mejor la vomité o tuve diarrea”.

Mediante el modelo de regresión logística se realizó un análisis que permite describir la relación entre una variable respuesta (adherencia) y una o más variables explicativas (por ejemplo: edad, nivel de instrucción, método anticonceptivo, etc.). También bajo este modelo se realizó un análisis univariado para cada una de las siguientes variables de interés:

- edad;
- tipo de anticonceptivo;
- nivel de instrucción.

Todas las variables antes descritas resultaron significativas, lo cual estaría indicando que están relacionadas con la adherencia. Para las tres variables mencionadas se ajustó el modelo de regresión, con el resultado de que la posibilidad de adherir al Programa es de más del doble cuando se tiene entre 35 y 44 años de edad que cuando se es menor de 19 años, y que es 36 veces mayor la probabilidad de adherir al Programa cuando se coloca un DIU que cuando se usa ACO.

Del análisis del nivel de instrucción se concluyó que la probabilidad de tener adherencia al Programa es dos veces mayor cuando el nivel de instrucción de la

mujer es secundario completo que si tiene secundaria incompleta, primaria o es analfabeta.

Las acciones que acompañan la implementación del Programa consisten, entre otras, en la Educación Continua, centrada en dos vertientes teóricas:

1. actualización científica en el uso, prescripción y contraindicaciones de los MAC;
2. un Programa de capacitación en Género, cuyo objetivo reside en lograr un compromiso en el equipo de salud para obtener en la mujer la construcción de ciudadanía sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN PROGRAMA EN MARCHA

*Lucila Silvia Zonco y Mónica Oppezzi**

PROMOVER Y GARANTIZAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE MUJERES Y HOMBRES DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN¹

A comienzos de la década de 1990, en diferentes lugares de la provincia, grupos de mujeres nucleadas en torno de los efectores de salud conformaron círculos de ahorro con recursos propios con el fin de aprovisionarse de anticonceptivos. A fines de 1997, la Legislatura Provincial sancionó la Ley N.º 2.222 de Salud Sexual y Reproductiva, lo que creó un marco legal por el cual desde el Estado se deberá garantizar no sólo la provisión, la colocación y el suministro de anticonceptivos, sino fundamentalmente la protección de los derechos sexuales y reproductivos de los/las ciudadanos/as. En 1998, el Ejecutivo Provincial reglamentó la Ley mediante el Decreto N.º 3331, lo que permitió su implementación en los diferentes sectores involucrados.

Esta Ley es el producto de la presentación de distintos anteproyectos vinculados con el tema, que lo abordaban desde otros marcos ideológico-teóricos, más tradicionales, como por ejemplo: la planificación familiar con inclusión de anticoncepción quirúrgica en algunos casos, procreación responsable en otros, etcétera.

Dada la trayectoria profesional de algunos legisladores que habían pertenecido al Sistema de Salud, y de la existencia de una legislación social de avanzada en materia de derechos humanos, el proyecto definitivo incorpora los conceptos de las Conferencias de El Cairo y de Beijing, haciendo hincapié en la salud sexual y reproductiva, en un contexto de equidad y de derechos.

* Lucila Silvia Zonco es médica generalista, especialista en capacitación y pediatría y administración de servicios de salud, responsable del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, Subsecretaría de Salud.

Mónica Oppezzi es licenciada en antropología, directora de Planificación y Articulación Intersectorial; responsable del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva de Neuquén, Subsecretaría de Salud Metropolitana.

La información ha sido procesada por Carina Zerrillo, Subsecretaría de Salud, Neuquén.

¹ Artículo 1º de la Ley N.º 2222/97 de Salud Sexual y Reproductiva de la provincia del Neuquén.

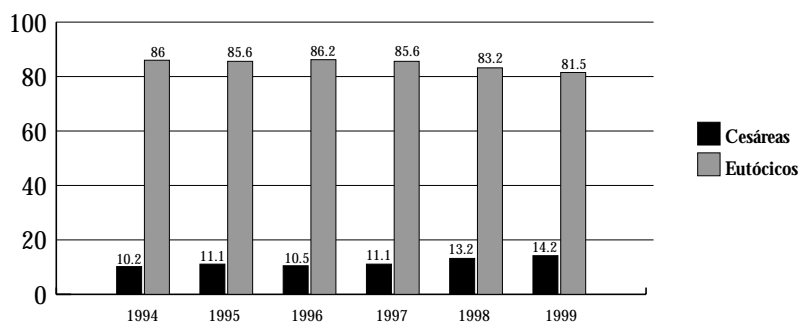
CUADRO 1. Diagnóstico de situación. Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva

Población total, tasa de natalidad y mortalidad materna.

AÑOS	POBLACIÓN TOTAL	NATALIDAD %0	MORTALIDAD MATERNA %00
1980	243.850	34,9	8
1990	396.802	29,7	6
1994	452.684	23,6	3,8
1995	473.145	22,6	4
1996	494.531	21,6	3,8
1997	500.886	21,6	4,6
1998	520.423	19,5	2,9
1999	540.384	18,6	9
2000	560.726	18,0	0,10

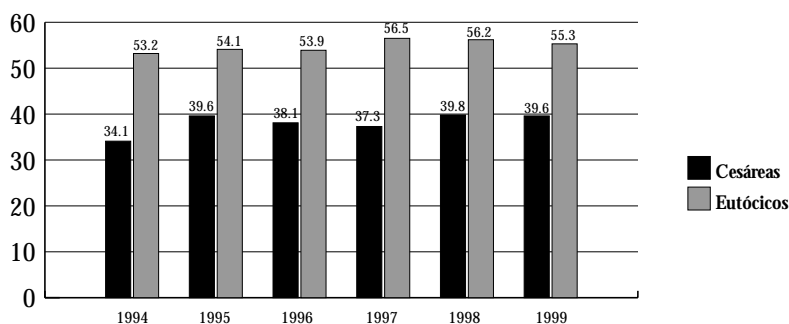
Fuente: Estadísticas vitales, Subsecretaría de Salud, provincia del Neuquén.

GRÁFICO N°1. Partos institucionales. Incidencia de cesáreas y partos eutócicos.
Subsector público



Fuente: Área de Información - Información Estadística del Nacido Vivo.

GRÁFICO N°2. Subsector privado



Fuente: Área de Información - Información Estadística del Nacido Vivo.

**CUADRO 2. Cáncer de cuello uterino. Defunciones y tasas de mortalidad.
Totales provincia del Neuquén. Período 1994-2000**

AÑO	NÚMERO	%00 (POR 10 MIL)
1994	8	0,359
1995	12	0,512
1996	17	0,702
1997	14	0,565
1998	12	0,472
1999	17	0,634
2000	9	0,323
Total	89	0,511

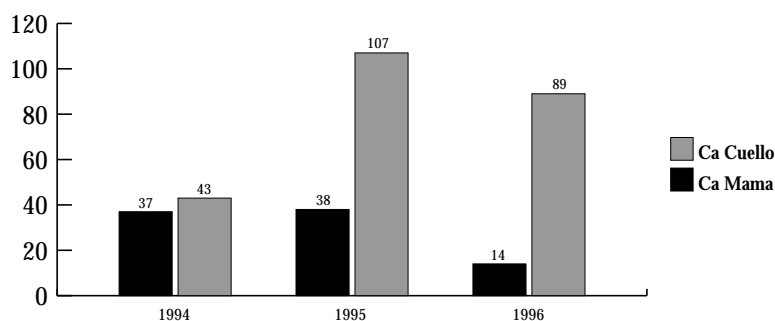
Fuente: Área Epidemiología, Dirección de información, Subsecretaría de Salud del Neuquén.

**CUADRO 3. Cáncer de mama. Defunciones y tasas de mortalidad.
Totales provincia del Neuquén. Período 1994-2000**

AÑO	NÚMERO	%00 (POR 10 MIL)
1994	35	1,57
1995	28	1,195
1996	34	1,404
1997	28	1,129
1998	41	1,59
1999	40	1,493
2000	33	1,185
Total	239	1,374

Fuente: Área Epidemiología, Dirección de información, Subsecretaría de Salud del Neuquén.

**GRÁFICO N°3. Cáncer de cuello uterino y mama. Defunciones y tasas de mortalidad
por 10.000 habitantes
Grupos etarios de 20-44, 45-64, 65 y más. Período 1994-2000**



Fuente: Área Epidemiología, Dirección de información, Subsecretaría de Salud del Neuquén.

CUADRO 4. Incidencia de sida

(Casos de enfermas de sida con lugar de residencia en la provincia, notificados en distintos periodos de tiempo.)

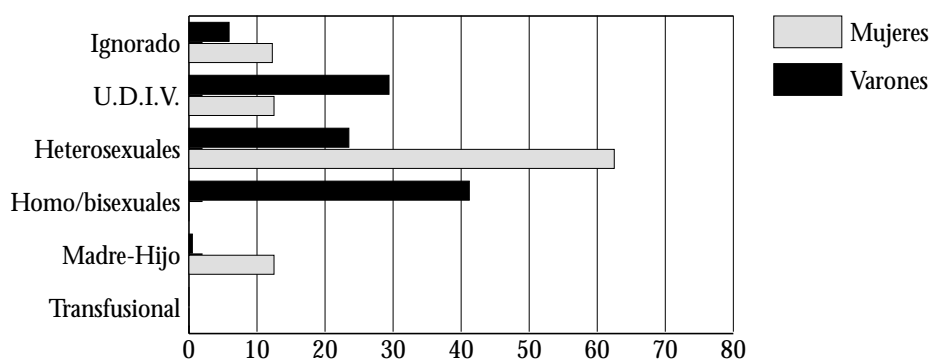
PERÍODOS ANUALES	CASOS	TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA (*)
1988 – 1995	52	10,9 (**)
1996 – 2000	160	27,4 (***)

(*) Por 100.000 habitantes.

(**) Población estimada para 1995, por proyección del Censo de 1991.

(***) Población estimada para 2000, por proyección del Censo de 1991.

GRÁFICO 4. Porcentaje de casos de sida según riesgo y sexo



Fuente: Programa Provincial, 2000.

CUADRO 5. Madres adolescentes por año según edad

Edad	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total	%
10	1	1		1						1		4	0,0
11	1			1			1		1	1	2	7	0,0
12	2	2	3	3	2	4	6	1	2	1	2	28	0,1
13	9	9	10	19	16	15	19	13	14	13	14	151	0,7
Subt	13	12	13	24	18	19	26	14	17	16	18	190	0,9
14	68	59	76	59	71	58	54	70	55	47	43	660	3,0
15	158	145	131	157	158	196	177	172	146	119	97	1656	7,5
16	318	321	262	283	323	276	331	339	266	275	272	3266	14,8
Subt	544	525	469	499	552	530	562	581	467	441	412	5582	25,2
17	391	433	376	398	414	439	425	454	405	392	362	4489	20,3
18	554	565	544	463	492	524	512	530	515	497	479	5675	25,6
19	630	619	566	549	549	517	509	618	567	551	518	6193	28,0
Subt	1575	1617	1486	1410	1455	1480	1446	1602	1487	1440	1659	16357	73,9
Total	2132	2154	1968	1993	2025	2029	2034	2197	1971	1897	1789	22129	100,0

“Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva”²

En 1998, se forma una comisión intersectorial e interdisciplinaria (Educación, Salud, Acción Social, Obra Social Provincial, ONGs de Mujeres) que empieza a reunirse con el objetivo de elaborar el mencionado Programa. Reuniones y debates polémicos tienen como resultado el esquema definitivo del Programa, que constará de cuatro subprogramas, a saber: Subprograma de prevención de ITS-VIH/sida; Subprograma de prevención de cáncer de cuello de útero y mama; Subprograma de indicaciones contraceptivas; Subprograma de Educación para la Salud.

A partir del análisis del diagnóstico de situación y dado que históricamente se procedió a un continuo y exhaustivo monitoreo de la mortalidad materna, la implementación de este Programa permite orientar sus acciones no sólo a la reducción de la mortalidad materna sino fundamentalmente a la disminución de la morbilidad y al mejoramiento de la calidad de la vida sexual y reproductiva de mujeres y hombres.

La característica del Sistema de Salud del Neuquén, basado en la estrategia de la atención primaria, facilita el abordaje de los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva.

FINALIDAD

Favorecer y promover en hombres y mujeres el pleno ejercicio del derecho básico a ejercer su sexualidad libre y responsablemente, así como a decidir el número de hijos y espaciamiento entre los mismos, mediante la equidad y la accesibilidad a la información, a la educación y a los métodos que les permitan desarrollar una vida sexual sana y una reproducción libre y responsable.

² Artículo 2º de la Ley N.º2222/97 de Salud Sexual y Reproductiva de la provincia del Neuquén.

OBJETIVOS

Los enumerados a continuación son objetivos del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

1. Promover la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres
2. Disminuir la morbilidad perinatal y materna.
3. Prevenir embarazos no deseados o en situación de riesgo.
4. Promover la maternidad y la paternidad responsables.
5. Prevenir abortos provocados.
6. Prevenir el VIH/sida y demás infecciones de transmisión sexual.
7. Detectar y tratar precozmente las infecciones de transmisión sexual y las patologías del aparato reproductor.
8. Desarrollar acciones que tiendan a la prevención y a la atención de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.
9. Promover una mejor calidad de vida de padres e hijos.

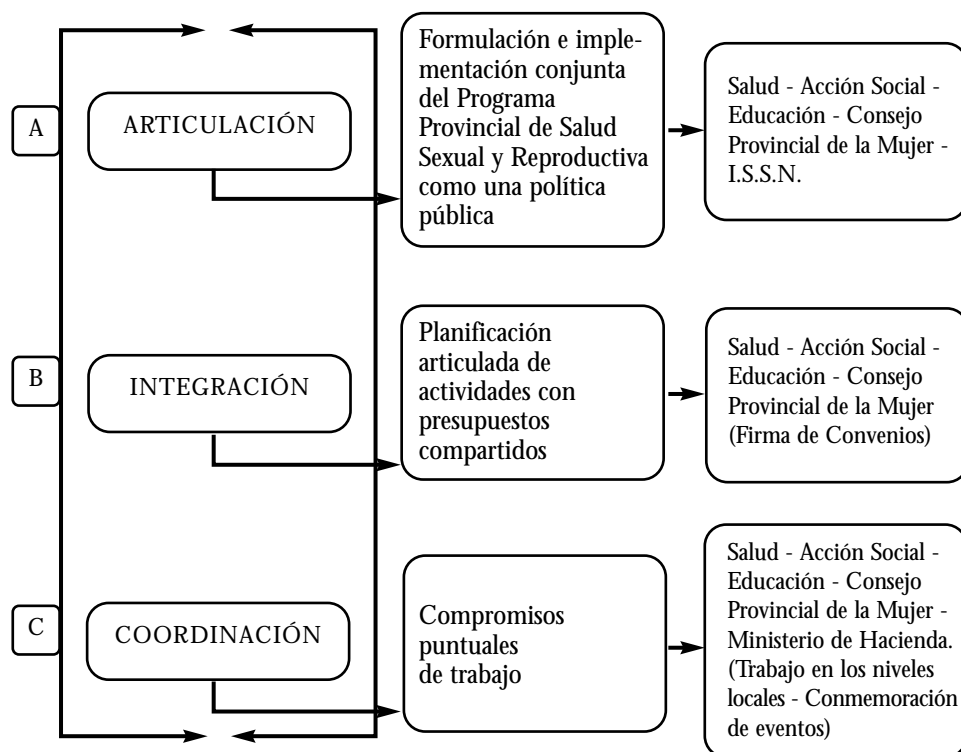
ESTRATEGIAS

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se plantearon cinco estrategias, concebidas como ejes de trabajo, que se implementarán en los cuatro subprogramas. Las cinco estrategias son:

1. promoción de la salud sexual;
2. interdisciplinariedad;
3. participación social;
4. enfoque de género;
5. intersectorialidad.

En el siguiente esquema se describe el proceso de construcción de la intersectorialidad con estas estrategias.

ESQUEMA 1. Proceso de construcción de la intersectorialidad



ACTIVIDADES DESARROLLADAS

A los efectos de describir algunas actividades desarrolladas en el marco del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, enumeraremos las mismas de acuerdo con cada subprograma.

Subprograma de indicaciones contraceptivas

En 1998 se convocó a especialistas de diversos hospitales de la provincia con el objeto de formular una norma consensuada en relación con la contracepción y sus diferentes acepciones. Una vez redactada la misma se envió como documento borrador a las zonas sanitarias para que realizaran los aportes pertinentes, si lo consideraban necesario.

Dado que en esta norma no se incluyeron los métodos de anticoncepción quirúrgica, y a partir de una demanda de la comunidad (ONGs) mediante la presentación de varios anteproyectos legislativos (años 2000-2001), desde el Programa se convocó nuevamente a representantes técnicos, con el objetivo de elaborar una propuesta con recomendaciones a la Legislatura Provincial a efectos de que ésta formulara marcos legales que facultara a los/as médicos/as para la realización de las citadas prácticas a partir del principio de autonomía de las personas.

Subprograma de prevención de ETS VIH/sida

Actividades puntuales en celebraciones conmemorativas en ocasión del 1º de diciembre: recorrida por los barrios de la ciudad capital del Neuquén apoyando a los equipos de salud de los Barrios de Confluencia, Zona oeste, área de influencia del Hospital Heller, Zona del Balneario Municipal, con distribución de mensajes alusivos, profilácticos, y acompañamiento de murgas, y representantes de iglesias evangélicas. Números artísticos en el centro de la ciudad, con diskjockeys, malabaristas, grupos escolares con apoyo de ONGs y el Municipio del Neuquén.

Distribución de calcomanías y cintas rojas alegóricas en todos los barrios y hospitales de toda la provincia, además de la Dirección de Juventud Provincial.

Apoyo al Centro de Estudiantes de Humanidades de la Universidad Nacional del Comahue, en las mismas fechas.

Charlas-reportajes sobre el tema en programas televisivos y radiales y mediante diarios y revistas regionales.

Desde septiembre de 2000, a instancias del Programa Nacional de sida se conformó una comisión de carácter intersectorial, con representantes institucionales de la Subsecretaría de Acción Social, del Consejo Provincial de la Mujer, del Consejo Provincial de Educación, de la Subsecretaría de Seguridad Ciudadana y Justicia, del Municipio de la ciudad del Neuquén y de la Subsecretaría de Salud, con el fin de elaborar un documento preliminar de trabajo con los diagnósticos sectoriales correspondientes, el que será elevado al Gabinete del Ejecutivo Provincial.

Simultáneamente, esta comisión fue la encargada de formular la “Planificación estratégica, descentralizada y participativa”, para la prevención de las ETS, VIH/sida.

Subprograma de prevención de cáncer de cuello uterino

Durante los años 1999 y 2000, se reformuló la Norma Provincial de Cáncer de cuello uterino, con el asesoramiento y la coordinación de un grupo de expertos del servicio de ginecología del Hospital Neuquén, que fue consensuada por representantes de las diferentes zonas sanitarias de la provincia y del nivel nacional, y luego presentada como documento preliminar en 11 instancias de capacitación a la que asistieron 410 personas integrantes del equipo de salud (incluidos sectores administrativos) de todos los efectores de la provincia.

Previamente, se proveyó al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de máxima complejidad de un *soft* informático y de los insumos necesarios para la recepción de 18.000 PAPS más por año (meta prevista: 18.000 PAPS más por año durante tres años consecutivos, con el fin de extender la cobertura a 54.000 mujeres más de la población blanco definida a que está destinado este Programa, o sea, las comprendidas entre 20 y 59 años).

Asimismo, se reforzó la provisión de insumos y, se mejoró la gestión para que en todos los efectores de la provincia se realicen los PAPS previos a la indicación de algún método anticonceptivo, así como a la población bajo Programa según norma.

Subprograma de Educación para la Salud

Las acciones y los contenidos de este subprograma están estructurados de manera que transversalizan los restantes subprogramas. A pesar de la especificidad de las actividades de educación para la salud programadas, en cada capacitación se pretende que éstas comiencen con la presentación de la Ley 2222 y con aspectos generales de la salud sexual y reproductiva.

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

Con la comunidad

Mujeres beneficiarias del Programa de Emergencia Laboral, en diversas localidades de la provincia: Aluminé, Zapala, El Chocón, barrios con población NBI (HiBePa) de Neuquén capital.

Con educación

Alumnos/as de centros de Educación de Adultos, de Centros de oficios para varones, de Centros de Educación Media, Capacitación formal a 180 docentes de escuelas primarias y medias de la zona de Junín de los Andes, en temas de Salud Sexual y Reproductiva, con puntaje para los docentes y en coordinación con el Consejo Provincial de Educación.

Para los agentes del sistema de salud

Difusión, presentación y discusión de la Ley 2222 y su decreto reglamentario. Curso de promoción de la salud sexual y reproductiva en todas las zonas sanitarias, con herramientas de planificación específica para la localidad y para el tema.

Actualización bibliográfica en temas de salud sexual y reproductiva.

Folletería: distribución de ejemplares de la Ley 2222 y su decreto reglamentario a efectores del sistema de salud, a establecimientos del Consejo Provincial de Educación, en áreas municipales de la mujer y en el Consejo Provincial de la Mujer, entre agentes de la Subsecretaría de Acción Social y en sus delegaciones y en la oficina central del Instituto de Seguridad Social del Neuquén, en el Colegio Médico y en la Sociedad de Medicina Rural .

Folletería específica para cada subprograma.

Diseño, edición y distribución del Carnet de Salud de la Mujer.

LOGROS Y DIFICULTADES

El Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva se implementó en 1998. Desde entonces se sucede una serie de logros y dificultades, que se listan a continuación.

Logros

- Adhesión de los diferentes efectores del sistema de salud a las líneas definidas por el Programa, lo que le ha brindado a éste sustentabilidad.
- Acompañamiento y compromiso de las autoridades políticas sectoriales.
- Presupuesto propio a partir de la incorporación de un nuevo artículo a la

ley original; las partidas presupuestarias destinadas a la implementación del Programa deben ser dispuestas por el Poder Ejecutivo.

- Corresponsabilidad entre poderes (Legislativo y Ejecutivo) en la implementación y seguimiento del Programa.
- Acompañamiento de la comunidad en lo que respecta al monitoreo social.
- Designación de la Comisión Intersectorial mediante la norma legal correspondiente.
- Equipo de salud sensibilizado en la programación y ejecución de las acciones.
- Integración de distintas miradas disciplinares (ciencias sociales y biomédicas).
- Incorporación de una comunicadora social.

Dificultades

- Dificultad y discontinuidad en el proceso de construcción de la intersectorialidad por parte de los organismos involucrados.
- Incapacidad de los organismos involucrados para abordar la cuestión de la salud sexual y reproductiva en forma integral.
- Escasa o nula incorporación del enfoque de género tanto en los servicios de salud como en los demás organismos involucrados.
- Escasa articulación entre programas que comparten la misma población objetivo (superposición de acciones y de capacitación).
- Dificultad para la incorporación de las temáticas de salud sexual y reproductiva en los sectores involucrados en la Ley.
- Dificultad de enviar los representantes sectoriales en tiempo y forma a la comisión ad hoc.
- Dificultad en la articulación interpersonal para la construcción de consensos metodológicos y conceptuales.

A modo de conclusión

Se debe partir del reconocimiento de que, en general, los aspectos abarcados por la cuestión de la salud sexual y reproductiva no integran la cotidianidad de la gente ni la práctica de los prestadores de Salud, de Educación o de Acción Social –como lo indica la Ley–; por lo tanto, su incorporación efectiva a la cultura institucional supone un largo trabajo de superación de obstáculos, tabúes y prejuicios.

A pesar de ello, a casi tres años y medio después de la implementación del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, es posible concluir que, más allá de las dificultades que se suscitaron, la temática de la salud sexual y reproductiva ha comenzado a instalarse tanto en los organismos del Estado como en algunos espacios de la sociedad civil.

BIBLIOGRAFÍA

Subsecretaría de Salud, “Estadísticas vitales”, provincia del Neuquén, 2000.

Riee Marilyn, Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Ginebra, 1997.

Maidana, Rubén, “Informe de Consultoría”, anexo 4, PROMIN, Neuquén, 1995.

Ley 2222/97 de Salud Sexual y Reproductiva, Honorable Legislatura Provincial, Neuquén.

5. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTROL CIUDADANO PARA EL FORTALECIMIENTO DE PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

*Ana María Gil**

La Asociación EcuMénica de Cuyo, a la que pertenezco, es una institución fundada en 1972 dedicada a la promoción social y a la atención integral de grupos vulnerables de la sociedad.

Trabaja en el campo de la defensa de los derechos humanos y de la educación popular con organizaciones populares, jóvenes, mujeres en la promoción de los derechos de la mujer y en la formación de espacios de investigación y debate de políticas públicas alternativas.

La experiencia que voy a relatar se enmarca en el trabajo de educación popular con mujeres, que nuestra institución desarrolla desde la década de 1980. Esta experiencia se refiere en particular al trabajo en la problemática de salud reproductiva en algunas comunidades pobres del Gran Mendoza.

La salud reproductiva es un concepto amplio relacionado con la problemática de mujeres y varones, que comprende aspectos educativos y de derechos, regulación de los embarazos, libre decisión sobre el propio cuerpo, control de la planificación familiar, el derecho a tener una vida sexual plena y placentera. “Es, por tanto, una temática que concierne a la salud y a los derechos de las mujeres.”

En el año 1996 se sancionó en nuestra provincia la Ley Provincial N.º 6433 de Salud Reproductiva, a partir de un proyecto presentado por el entonces diputado Marcelino Iglesias (de la UCR). El hecho de que esta Ley haya sido apoyada y también resistida por integrantes de los distintos partidos políticos permite suponer que frente a este tema los legisladores obraron de acuerdo con convicciones personales y no respondiendo a posiciones partidarias unívocas.

* Ana María Gil pertenece a la asociación EcuMénica de Cuyo.

La ley establece la responsabilidad del Estado en la tarea de informar, asesorar y proveer los medios necesarios a través de los efectores sanitarios estatales con el fin de que la población acceda a una adecuada planificación de embarazos mediante diferentes métodos anticonceptivos reversibles.

Durante el proceso de tratamiento legislativo en las Cámaras de Diputados y Senadores tuvo lugar un importante debate en el conjunto de la sociedad; hubo posiciones contrarias a la sanción de esta Ley (lideradas por organizaciones de la Iglesia Católica) y posiciones a favor de la misma, sobre todo por parte de ONGS y entidades de mujeres. En esta etapa, nuestra institución mantuvo una fuerte presencia en apoyo a la sanción de la Ley, tanto en el plano institucional como a través de las propias mujeres pobladoras. Para ello se participó en los debates públicos promovidos desde la legislatura provincial y en diferentes medios de comunicación masiva (programas radiales, notas en periódicos); en este debate se ha enfatizado el deber del Estado de garantizar la igualdad de oportunidades de acceso a los métodos anticonceptivos para toda la población.

También por medio del boletín *El diario de las chicas* se ha informado, a lo largo de todo el proceso de deliberación y hasta llegar a la aprobación de la Ley, sobre los avances, los logros y los obstáculos.

En marzo de 1998, el gobierno provincial puso en marcha el Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), que permite poner en práctica las acciones previstas en esta legislación tendientes a posibilitar la planificación de embarazos y a evitar embarazos no deseados y abortos clandestinos (con el serio riesgo que implican para la salud materno-infantil).

En un primer balance pueden mencionarse dos dificultades principales que exponemos a continuación.

- a) Información y toma de conciencia insuficientes por parte de las mujeres de la pareja en las diversas comunidades (sobre todo en las más carenciadas) sobre los beneficios del Programa y los derechos que la Ley les confiere y escaso conocimiento de los diferentes modos de realizar la planificación fami-

liar, razones por las cuales no se acercaron a los servicios de salud para acceder a dichos beneficios.

b) Resistencia de algunos/as profesionales y/o personas de los centros de salud y de los hospitales públicos a trabajar en este Programa, poniendo trabas explícitas o implícitas en su accionar.

Por ello consideramos la importancia de difundir y asesorar sobre los beneficios del PPSR y su forma de operar, así como establecer vínculos entre los diferentes efectores (centro de salud, hospitales) con las parejas y/o las mujeres solas (¿en las escuelas, quizá?). Es por ello que nuestro empeño se orientó tanto a difundir los derechos reproductivos que asisten a las mujeres como a las posibilidades de hacer uso de los servicios y beneficios que esta legislación prevé.

Consideramos necesario establecer mecanismos de control ciudadano y de cooperación para que el Estado continúe cumpliendo las responsabilidades que en este campo le competen. De esta manera, durante los años 1998 y 1999 nuestra institución puso en marcha un proyecto de “Campaña de difusión y promoción de salud reproductiva en comunidades de Mendoza”.

¿Por qué consideramos necesario promover la salud reproductiva?

Porque todas las mujeres, como ciudadanas, tenemos derecho a recibir una adecuada atención de la salud, a decidir sobre nuestro cuerpo, a elegir si queremos o no tener hijos, a determinar el momento y el número de éstos y a vivir una sexualidad plena y responsable.

Porque cotidianamente las mujeres de los sectores más postergados ponen en riesgo su salud y su vida. Son ellas quienes tienen menos información y las que tienen más dificultades para acceder a los medios anticonceptivos.

Este proyecto fue avalado por el entonces Consejo Provincial de la Mujer y por el Programa Provincial de Salud Reproductiva. Mediante programas de empleo transitorio se obtuvo financiamiento para que un grupo de 16 mujeres de diferentes zonas urbano-marginales y rurales de Mendoza recibieran capacita-

ción y se desempeñaran en sus propias comunidades como promotoras y difusoras de los beneficios de la Ley. Se desarrollaron tareas sistemáticas de difusión y asesoramiento personalizado (casa por casa) y de coordinación de la atención de las mujeres en los centros de salud de cada barrio.

Se trabajó en las zonas de:

- Barrio de San Martín (Capital)
- Barrio Santa Elvira (Guaymallén)
- El Carrizal (Luján)
- Barrio Infanta, Sargento Cabral y Jardín Aeroparque (Las Heras)
- El Arrobal y El Resguardo (Las Heras)

Se estableció un fuerte vínculo de mutuo apoyo y acompañamiento con el Programa Provincial de Salud Reproductiva (del Ministerio de Salud del Gobierno de Mendoza), lo que nos ha permitido contar con el valioso aporte de profesionales en la capacitación de las mujeres pobladoras para su tarea de divulgación en los barrios. Esta vinculación también permitió que las mujeres promotoras tuvieran el aval de ese programa para su presentación y reconocimiento en los centros de salud de cada barrio.

Nuestro objetivo principal residió en ampliar la condición ciudadana de las mujeres de sectores populares.

- Informándonos;
- haciéndonos periódicamente los controles y estudios médicos necesarios,
- de acuerdo con nuestro estado de salud y la etapa de nuestra vida,
- en función de nuestras creencias y convicciones,
- según el vínculo de pareja que tengamos,
- ejercitemos el derecho a gozar de una vida sana y plena.

Finalmente, cabe aclarar que aunque las mujeres permanecen como referentes de sus propias comunidades, luego de dos años no nos ha sido posible obtener recursos económicos que nos permitan continuar esta silenciosa pero fructífera tarea.

TERCERA PARTE

ACTORES POLÍTICOS Y ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

1. SALUD REPRODUCTIVA EN LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DESARROLLO SOCIAL

*Pablo Vinocur**

El Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil “La Salud de las Madres, los Niños y las Niñas: una apuesta por la vida” consistió en una amplia convocatoria realizada por el gobierno nacional en el año 2000 al conjunto de los actores sociales y gubernamentales para comprometerlos a poner en marcha los objetivos del Plan. Éste, así como la especificidad de la Salud Integral de la Mujer, se inscribieron en el marco conceptual de ciudadanía, derechos, desarrollo humano y libertad.

Es en este ámbito que quiero compartir algunas reflexiones sobre el papel de las políticas públicas y la orientación de nuestro quehacer en el Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.

La referencia al concepto de política implica posicionarse desde una perspectiva de poder, a partir de la cual es posible plantearse objetivos, definir prioridades y asignar recursos, que se supone están disponibles o bien son viables de obtener por quien pretende definir una estrategia y alcanzar los objetivos fijados. Hasta aquí, esta definición de política se corresponde con la de cualquier tipo de organización o institución, sea pública o privada, tenga o no fines de lucro y haga de su definición de política una cuestión explícita o implícita.

Sin embargo, el dominio clásico de la política se refiere a la elaboración de estrategias para acumular poder desde el Estado, con el fin de modificar la realidad de acuerdo con un determinado enfoque ideológico. Se presume que la pretensión de cambiar la realidad está sustentada en una visión estratégica de quien gobierna y que ésta, a su vez, se apoya en los principios y aspiraciones de quienes se beneficiarán con los cambios o transformaciones buscadas.

* El Licenciado Pablo Vinocur se desempeñaba como secretario de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente en el momento del seminario.

Mi presentación en este encuentro se refiere precisamente a compartir primero algunas reflexiones sobre la visión estratégica que creo debe acompañar el diseño de políticas en el campo de las políticas sociales en general, haciendo una aproximación al área de la salud de la mujer *mediante el desarrollo de iniciativas que permitan tanto fortalecer e incrementar sus capacidades de demanda a los servicios de salud, como asegurar una oferta capaz de dar respuestas eficaces y oportunas a aquella demanda.*

El contexto social, político y económico es de enorme incertidumbre y con escenarios de gobernabilidad decrecientes para estados nacionales y provinciales. Y además, con importantes paradojas y contradicciones, como las que se traducen en un aumento de la pobreza, del desempleo y de la inequidad, producto de las asimetrías de desarrollo que produce la globalización, sumado a problemas estructurales muy serios existentes desde hace muchos años. Es necesario reconocer también un avance significativo respecto del campo de los derechos humanos, como los que se expresan en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y en la Convención sobre los Derechos del Niño incorporados en nuestra Constitución. En este contexto, existen fuertes problemas que debemos enfrentar, pues plantean dificultades para llevar adelante las propuestas y las opciones políticas que pueden escogerse según el prisma desde el cual se formule la política.

LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS Y EL DESARROLLO HUMANO

Vivimos en un mundo en el cual la vigencia de derechos políticos es cada vez más amplia, lo que posibilita a los ciudadanos elegir a sus gobernantes y ser elegidos.

A su vez, el ejercicio de los derechos políticos supone la vigencia de los derechos civiles, por lo menos los derechos de identidad, de pensamiento, de religión, de expresión, de circulación, de trabajo y de justicia. Es crucial apreciar la importancia de los derechos civiles y políticos, pues durante la mayor parte de la historia de las sociedades la humanidad estuvo privada de ellos, lo que afectó severamente su capacidad de participación en las decisiones, ni siquiera formalmente permitida.

Sin embargo, la sensación de malestar que embarga a gran parte de la ciudadanía de nuestro país aumenta. El descreimiento y la desesperanza hacia la participación política crece y la capacidad de aprovechar en plenitud los derechos civiles se ve limitada por las posibilidades efectivas de expresión, circulación y trabajo que tienen sectores importantes de nuestras sociedades.

La principal explicación sobre esta aparente contradicción reside en la vigencia de políticas orientadas a disminuir el alcance de las instituciones del Estado de Bienestar, identificado como el principal factor que afectaba el proceso de acumulación económica. Se señaló que la rentabilidad económica era cada vez menor y en consecuencia se adoptaron decisiones políticas que afectaron el sostenimiento de políticas universales, imponiéndose nuevos paradigmas asociados con concepciones del Estado mínimo, con la descentralización de responsabilidades pero no de recursos, así como el proceso de privatización, estructural y periférica. El argumento que justificó esta política fue la imposibilidad de sostener desde el Estado servicios cada vez más complejos y costosos para toda la ciudadanía, que el mercado es un asignador de recursos mucho mejor y que la mayoría de la población podía y debía acceder a los servicios a través de aquél.

En este marco, los sectores sociales clásicos –sobre todo el sector salud– atraviesan importantes procesos de reforma que afectan a la mayoría de los países del mundo. En la mayor parte de los países de América Latina, y también en el nuestro, esta transformación no se orienta por la preocupación por extender servicios que aseguren el acceso en cantidad y calidad de la ciudadanía. Por ello, es importante revisar y evaluar los resultados teniendo como horizonte el sentido y la magnitud de los cambios en los indicadores positivos de salud,¹ de educación y de los programas sociales orientados a los sectores más pobres, entre otros, así como el grado de satisfacción que la ciudadanía tenga sobre los servicios de esta oferta.

¹ En el tema específico que nos ocupa es necesario recordar las recomendaciones realizadas durante la Conferencia de Población de El Cairo en 1994, en las que se destaca que toda reforma del sector debe promover: a) que la salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir en todos los aspectos relativos a la sexualidad. b) que el hombre y la mujer tienen el derecho de recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables, para la regulación de la fecundidad, y c) que se asegure el derecho de las mujeres a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos.

Estos servicios fueron los que se desarrollaron para garantizar los derechos sociales. Como bien describió Thomas Marshall en su trabajo “Ciudadanía y clase social”, presentado en 1949 en una Conferencia ofrecida en Cambridge, conquistar una ciudadanía plena implica la satisfacción previa de ciertas condiciones o necesidades que posibiliten que las personas puedan disfrutar de los derechos civiles y políticos. En tal sentido, sostenía Marshall que “la obligación de mejorarse y civilizarse es por tanto una obligación social, y no meramente personal, porque la salud social de una sociedad depende de la civilización de sus miembros. Y una comunidad que refuerza esta obligación ha empezado a darse cuenta de que su cultura es una unidad orgánica y su civilización un patrimonio nacional”.

Marshall agregaba, además, que limitar *la política social a dar asistencia*, bajo un sentido de beneficencia, se convertía en una negación de la ciudadanía. “Se protegía a las mujeres y a los niños porque no eran ciudadanos.”

Es que el concepto fundamental que promueve la perspectiva de derechos en las políticas sociales, premisa que sostenemos en nuestra gestión, es que existe “un tipo” de igualdad básica asociada con el concepto de pertenencia plena a una comunidad, algo que no es inconsistente con las desigualdades de los grupos de diferentes niveles económicos en la sociedad. Siguiendo esta línea analítica, es el Estado, mediante la política como recurso de poder, el garante de este “piso” de desarrollo humano para asegurar la igualdad básica.

LOS DERECHOS HUMANOS COMO GARANTÍA
DEL DESARROLLO HUMANO

Entonces, las políticas públicas diseñadas desde una perspectiva de derechos y desarrollo humano deben tener una visión y un propósito común: velar por la libertad y la dignidad de todos y en todas partes. Ello significa:

libertad de la discriminación por género, raza, nacionalidad, etnia o religión;
libertad de la necesidad para disfrutar de un nivel decente de vida;
libertad para desarrollarse y hacer realidad la potencialidad humana de cada uno;

libertad del temor de las amenazas contra la seguridad personal, de la detención arbitraria y de otros actos violentos;
libertad de la injusticia y de las violaciones del imperio de la ley;
libertad para participar en la adopción de decisiones, expresar las opiniones y formar asociaciones;
libertad para tener un trabajo decente, sin explotación.

La perspectiva de derechos expresa tanto la idea de que *todos y todas estamos facultados para reclamar medidas de política pública que nos protejan de los peores abusos y privaciones y que garanticen la libertad para vivir una vida digna, como también implica que la ciudadanía debe asumir los deberes y responsabilidades que ellos conllevan*. El Desarrollo Humano es un proceso de realce de la capacidad humana para ampliar las opciones y las oportunidades de manera que cada persona pueda vivir una vida de respeto y de valor. Las capacidades, que, como quedó señalado, pueden variar en forma y contenido, incluyen las libertades de poder atender las necesidades corporales, la capacidad para evitar el hambre y la malnutrición o para reducir la morbilidad por causas prevenibles o la mortalidad prematura. Incluyen también las oportunidades habilitadoras que ofrecen la educación, la libertad y los medios económicos para vivir una vida digna, de acuerdo con los patrones culturales y con la realidad de cada país o sociedad.

Tener un derecho concreto es disponer de un recurso y de la posibilidad de reivindicación frente a otras personas o instituciones para que colaboren en garantizar el acceso a alguna libertad.

Tener derechos implica que existen deberes de los ciudadanos hacia los otros miembros de la sociedad. Además, al invocar los deberes emergen aspectos tales como la rendición de cuentas, la culpabilidad y la responsabilidad. La tradición de los derechos humanos trae consigo instrumentos e instituciones jurídicas (leyes, el Poder Judicial y el proceso de litigar), así como los medios para garantizar las libertades y el desarrollo humano.

La paradoja a la que asistimos es que existen marcadas dificultades para garantizar todos los derechos para todos los habitantes de todos los países.

Las desigualdades de ingreso a escala mundial aumentaron durante el siglo XX en niveles hasta entonces desconocidos: la diferencia entre los ingresos de los países más ricos y los más pobres era en 1820 de alrededor de 3 a 1; en 1950 de 35 a 1; en 1973 de 44 a 1 y en 1992 de 72 a 1. En muchos países se incrementó sensiblemente la diferencia entre ricos y pobres. Así, en Rusia, por ejemplo, el coeficiente de Gini, que mide la desigualdad de ingresos, se duplicó entre 1988 y 1995. En los Estados Unidos, el Reino Unido y Suecia aumentó en más del 16% entre las décadas de 1980 y 1990. En América Latina sigue siendo muy elevada y en aumento en la mayor parte de los países de la región: el coeficiente de Gini es de 0,57 en Ecuador, y de 0,59 en el Brasil y el Paraguay. En la Argentina la participación en el ingreso total del último decil creció un 15% durante la década de 1990. Entre 1998 y 1999 el crecimiento per cápita fue negativo en 50 países, de los cuales sólo uno es un país miembro de la OCDE.²

Entre los aspectos prioritarios a tener en cuenta a la hora de formular políticas sociales bajo la perspectiva de los derechos humanos y del desarrollo humano cabe destacar los siguientes.

1. *Todos los países necesitan fortalecer sus políticas y sus instituciones para garantizar las libertades humanas con normas, marcos jurídicos y una atmósfera económica propicia. No basta con la legislación.* Aunque ella es muy importante, y en muchos casos imprescindible, por sí sola no puede garantizar los derechos. Se requiere de políticas y de instituciones para apoyar el proceso jurídico, así como de normas y de un mejor sistema de valores para reforzar y no obstaculizar las estructuras jurídicas. También es esencial disminuir la actual desigualdad de ingresos y de niveles de pobreza extrema porque de lo contrario es imposible constituir una sociedad que garantice la inclusión y con ello los derechos a todos sus habitantes.
2. *El cumplimiento de todos los derechos humanos requiere una democracia influyente que proteja el derecho de las minorías, prevea la separación de poderes y vele por la responsabilidad pública.* No basta con las elecciones. El modelo de responsabilidad centrado en el Estado debe ampliarse a las obligaciones de los actores

² PNUD, "Informe de Desarrollo Humano", 2000.

no estatales, lo que implica generar los mecanismos que posibiliten una participación real en la toma de decisiones y en la gestión de todas las instituciones públicas, sean éstas de carácter estatal o privado. Para que esto sea posible, se requiere además fortalecer a la ciudadanía con información y educación de modo de expandir sus capacidades.

3. *La información es un instrumento poderoso para crear una cultura de responsabilidad y para hacer realidad la cultura de derechos. El objetivo es generar información que pueda romper las barreras de la incredulidad y movilizar cambios de la política y de la conducta.* Algunos de los instrumentos y acciones que se requiere llevar a cabo son los siguientes.

- Recopilar nuevos y mejores datos y democratizar el acceso de la ciudadanía a éstos.
- Diversificar las fuentes de información, incluyendo todas las instituciones estatales y de la sociedad civil, y mejorando la confiabilidad, la oportunidad y la calidad de la información producida.
- Definir indicadores para evaluar procesos y resultados de todos los servicios sociales, incluyendo los de nivel local, municipal, provincial y nacional.
- Fortalecer los procedimientos que hagan efectiva la responsabilidad de los actores.
- Usar la educación y los medios de comunicación para promover y expandir la cultura de los derechos en toda la sociedad. Ésta es, quizás, una de las estrategias fundamentales para ampliar el campo de las capacidades.

4. *Incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas, especialmente en las de salud.* Incluir esta perspectiva permite observar y explicar situaciones de inequidad y desigualdad que se presentan en la vida cotidiana entre hombres y mujeres. El proceso de salud/enfermedad se correlaciona con las desigualdades de género, condicionando un perfil diferencial entre hombres y mujeres que excede el campo de lo biológico. Estas diferencias se superponen con

las determinadas con otras variables, como es el caso de la condición socioeconómica, la etnia, la edad, entre otros. Por lo tanto, en el ámbito de las políticas de salud la perspectiva de género difícilmente podrá ser incorporada si el concepto de salud con que se trabaja es estrictamente biomédico. De primar este enfoque, los servicios de salud seguirán siendo exclusivamente curativos, lo que afectará la capacidad de los equipos de salud para ofrecer acciones que fortalezcan los derechos ciudadanos.

5. *Diseño de políticas universales que reconozcan las diferencias de origen de los seres humanos, sobre todo en el campo del capital social y cultural, con el fin de alcanzar la igualdad de oportunidades.*
6. *Promover, alentar y jerarquizar la innovación en la programación, organización y gestión de la oferta general de las políticas y programas sociales y de los modelos de intervención que incluyan actores de la sociedad civil.*
7. *Promover el establecimiento y la construcción de redes interinstitucionales, de servicios, de profesionales y de la comunidad, aprovechando y expandiendo el uso de las tecnologías de información y comunicación disponibles.*
8. *Promover la evaluación permanente de resultados tanto como el aprendizaje para los integrantes del equipo de salud, de las instituciones públicas y de la sociedad civil sobre las mejores prácticas, de modo que se identifiquen los déficit con relación a la responsabilidad que cada actor tiene en la atención y prevención de procesos de salud/enfermedad.*

HACIA UNA POLÍTICA SOCIAL INNOVADORA

El seguro de inclusión infantil

El paradigma que orienta la gestión del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente y particularmente de la Secretaría de Políticas Sociales a mi cargo es el de promover y fortalecer la perspectiva de derechos de la ciudadanía, privilegiando los intereses de la niñez y contribuyendo a mayores niveles de desarrollo humano para el conjunto de la ciudadanía. Es con esta orientación que se elaboró y

constituyó el Pacto por la Niñez, a partir del cual se promueve un acuerdo nacional entre todos los actores, tanto gubernamentales como de la sociedad civil.

Se sostiene que un punto de partida de la política es ejercer el poder conferido para modificar la realidad, así como entender la política social como una estrategia de transferencia de recursos (monetarios, de servicios, de capital social) a las familias, elevando el nivel de activos con los cuales ellas puedan aproximarse a mayores niveles de bienestar.

Hoy resulta un desafío para la sociedad y para el Estado generar recursos socialmente constituidos y universalmente disponibles que compensen las desigualdades propias de las familias y ayuden a recomponer los mecanismos de integración social, actualmente debilitados.

En este marco, surge la propuesta del Seguro Infantil, que constituye una iniciativa estratégica que contempla actividades que al mismo tiempo significan transferencia de recursos y fortalecimiento del capital social y cultural. Está orientado a atender al conjunto de las familias con niños y niñas, de hasta 18 años, que no reciben asignaciones familiares y cuyos ingresos son menores de \$1500. Entre esta población, en una primera etapa se priorizarán las familias en situación de pobreza (identificadas según NBI), con la transferencia de una suma básica según la cantidad de niños de hasta 18 años: \$40 con un hijo, \$50 con dos hijos, \$60 con tres hijos y \$70 con cuatro hijos y más. Lo interesante del Seguro Infantil es, por un lado, que la receptora del monto dinerario es la mujer a cargo de los niños, sea o no jefa de hogar, siempre que acredite la realización de controles de salud propios y de los niños y la asistencia regular de éstos a la escuela. Por otro lado, está prevista la transferencia de una suma adicional de \$50 orientada a las mujeres en situación de pobreza que accedan a concluir su escolaridad básica y/o a participar en programas de capacitación formal y/o que realicen actividades de promoción comunitaria. El Seguro Infantil es una propuesta que se asume como el inicio de un camino hacia un ingreso mínimo ciudadano que, al igual que en otros países que ya lo tienen, será menor al salario mínimo.

Esta iniciativa otorga gran importancia al capital educativo de un hogar y en especial al de la mujer. Debe recordarse que si bien las mujeres han alcanzado

altas tasas de educación en todos los ciclos educativos, en las áreas urbanas el 56% de analfabetos son mujeres y 44% son varones,³ –en las áreas rurales se registra una mayor proporción de analfabetismo entre hombres (57%) que entre mujeres (47%)–.

Facilitar el acceso a la educación (sea ésta de carácter formal o no formal) representa para las mujeres no sólo ser protagonistas del quiebre de la reproducción intergeneracional de la pobreza, sino recuperar su autoestima e incorporarse a procesos crecientes de autonomía. Se trata de promover a las mujeres para incrementar sus calificaciones personales, con el fin de que estén en condiciones de posicionarse como ciudadanas habilitadas para demandar más y mejores servicios de salud, de educación, etcétera.

El Seguro Infantil también se inscribe como estrategia de recomposición de las redes de pertenencia e integración social. Así, la apertura de espacios de reflexión, participación y capacitación compartidos y las actividades de promoción social fortalecen la acción colectiva de las mujeres y contribuyen a incrementar su capacidad decisoria en la vida doméstica y a impactar en las transformaciones de las políticas públicas, especialmente en los escenarios locales.

En lo que atañe específicamente a la salud integral de la mujer, un marco participativo de transferencia e intercambios de conocimientos y de información conformará sin duda el soporte adecuado sobre el que se asienten un mayor respeto y responsabilidad sobre el propio cuerpo y sobre las decisiones que sobre él tomen la mujer y su compañero.

Siempre que las mujeres han tenido acceso a los recursos para controlar su fecundidad han decidido hacerlo. Los casos de las provincias que cuentan con programas sustentables de salud reproductiva así lo demuestran.

Vale la pena enunciar algunas de las dificultades que se encontraron en la gestión de políticas innovadoras como las que aquí presentamos. La gestión es cada vez más un arte que permite superar las barreras que impiden desarrollar las

3 Correia, María, Revisión del Portafolio en relación con el Género: Programa para Argentina, Chile y Uruguay, Buenos Aires, Banco Mundial, 1998.

políticas mediante el uso de técnicas y de una gran inversión de voluntad. En forma muy sintética, deseo detallar a continuación algunas de las principales restricciones para la aplicación de las políticas antes enunciadas.

- Debilidad de las instituciones y de las estructuras técnico-profesionales y administrativas para comprender y apropiarse de prácticas centradas en la responsabilización de los servicios sobre la población y en el reconocimiento de los derechos de la ciudadanía, cuyos miembros siguen siendo vistos y tratados como “usuarios”.
- Fragmentación de la organización de los ministerios y de la oferta de programas.
- Una visión impuesta desde las máximas estructuras de poder muy influida por posiciones ideológicas contrarias a la perspectiva de derechos hacia la mujer, particularmente en el campo de la salud sexual y reproductiva. Esta perspectiva afecta la libertad de las ciudadanas para demandar sus derechos y limita a los agentes de salud respecto de su responsabilidad para expandir las capacidades de las ciudadanas.
- La visión hegemónica desde lo biológico que ha impregnado a los equipos de salud, particularmente a los/las médicos/as, limita el potencial de construcción y aceptación del modelo de salud integral de la mujer. Esta visión restringida impacta en forma significativa respecto del papel central que pueden y deben jugar los equipos de salud en la prevención, detección y tratamiento de violencia contra la mujer.
- Dificultades para reconocer al “otro” y “a los otros” por parte de los diferentes estamentos del Estado y de la sociedad. La cultura individualista y de imponer prioritariamente “mis necesidades” sobre las de los demás es la muestra más palmaria del largo camino que falta recorrer para educarnos en una cultura de derechos y de promoción del desarrollo humano.
- Descreimiento y desesperanza entre los tomadores de decisiones y los técnicos sociales y entre sectores de la ciudadanía sobre la oportunidad y con-

veniencia de volver a creer e intentar transformaciones para mejorar la realidad. Esta actitud se ha agravado en los últimos años como consecuencia de un proceso de pauperización y crisis de la sociedad argentina que lleva, con intermitencias, 25 años.

- Presencia de normas y procedimientos administrativos en los organismos públicos nacional, provinciales y municipales centrados en lo formal y que dificultan la administración de recursos y la fácil incorporación de una cultura de trabajo en función de resultados.
- La organización federal de nuestro país genera un nivel de exigencia para atender la fragmentación y la demanda de las provincias que frecuentemente excede el campo de las posibilidades del Ministerio en el nivel nacional.
- Modificaciones presupuestarias permanentes que afectan no sólo por el hecho de que disminuyen los recursos comprometidos y programados, sino porque generan condiciones de absoluta incertidumbre sobre los recursos efectivamente disponibles y el momento de su disponibilidad.
- La debilidad y el déficit de representación de muchas organizaciones de la sociedad civil. En un sin número de casos la pobreza es causa y consecuencia de la ausencia de organización y de constitución de actores.

No hay duda de que la agenda política es compleja, tanto como la gestión. Pero aciertos en algunas de las medidas significan impactar favorablemente en la vida de miles de mujeres, niños/niñas y adolescentes. Éste es el desafío, la responsabilidad y la gratificación de la práctica política. Quizás encontrar el equilibrio entre lo deseable, que permita expandir lo percibido como posible, debería permitir construir el deseado camino del desarrollo humano. El trabajo con y para las ciudadanas es la materialización del pequeño aporte para la construcción de una sociedad que garantice todos los derechos para todas las personas.

2. MORTALIDAD MATERNA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

*Mariana Carbajal**

Muchos de los aquí presentes conocen mi compromiso con la defensa de los derechos humanos a través del diario *Página/12*, donde escribo sobre estas temáticas desde hace casi una década. Como periodista debo agradecer el hecho de escribir sobre aquello que me interesa personalmente y desde una perspectiva con la que coincido ideológicamente, algo que no siempre le ocurre a un trabajador de prensa.

Sabemos que la objetividad en el periodismo no existe. Desde la elección del tema a publicar, hasta la cantidad de líneas y su ubicación en el cuerpo del diario y en la página hablan de la importancia que el medio asigna a una noticia. Lo mismo ocurre en los medios electrónicos como la radio y la televisión.

Una misma noticia –por ejemplo, un caso de violación de una mujer por su esposo– puede ser considerada un hecho policial o la vulneración de un derecho humano, según cómo se aborde el tema, ya sea desde un periodismo “amarillo” o con una mirada de género.

El tema que nos reúne hoy aquí es la mortalidad materna. Mejor dicho, los elevados índices que ostenta la Argentina,¹ a pesar del alto gasto en salud que tiene el Estado en relación con otras naciones de la región que presentan mejores indicadores.²

Desde el comienzo quiero dejar en claro que procurar el descenso del número de muertes maternas es, sin ninguna duda, responsabilidad del Estado, de un Estado que en las últimas décadas se ha ido achicando, dando la espalda a la gen-

* Mariana Carbajal es periodista del diario *Página/12*.

1 El índice es de 41 por 100.000 nacidos vivos en 1999. Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

2 OMS, “Informe sobre la Salud Mundial 2000”. Según el estudio, la Argentina destina a la salud el 8% del PBI y en función del rendimiento de su sistema de salud se ubica en el puesto 75, *Clarín y Página/12* del 21 de junio de 2000.

te –especialmente a la de menores recursos– en lo que hace a su obligación primaria de garantizar salud, educación y seguridad.

Sin embargo, los medios de comunicación pueden jugar un papel si no fundamental al menos relevante, en el camino hacia una reducción del índice de mortalidad materna, y, en términos más amplios, en la defensa de los derechos de las mujeres. ¿De qué manera?

Un artículo periodístico, como se sabe, no es inocente, y puede, según sus características provocar diversos efectos como algunos de los que siguen.

- Instalar un debate en la opinión pública.
- Ser vehículo de la denuncia de algún caso en el que se están vulnerando derechos humanos.
- Darle voz a los que no la tienen.
- Poner en evidencia la inacción de funcionarios o legisladores.
- Dar a conocer novedades de la ciencia y la medicina.

Para ser más concreta, voy a graficar cada uno de estos tópicos con un ejemplo de los últimos años.

Mencioné en primer lugar, como una de las consecuencias de la publicación de un artículo, la instalación de un tema de debate en la opinión pública. Un caso concreto fue la entrevista a Zulema Yoma en la que la ex primera dama reconoció que se había practicado un aborto, apoyada por Carlos Menem, cuando estaban casados.³ Muchos, seguramente, recordarán sus palabras. El reportaje fue la tapa de *Página/12* del jueves 16 de septiembre de 1999. Allí Zulema dijo, entre otras cosas, que se había hecho un aborto.

“Me lo hice porque Carlos Menem me apoyó. Él estuvo de acuerdo. Incluso, yo no conocía a nadie en La Rioja (para que me lo practique) y él me acompañó. Lamentablemente, siempre he callado este episodio y hoy me veo en una situación en la que tengo que decir la verdad. Si estás en apuros, en un problemón

³ Diario *Página/12*, 16 de septiembre de 1999, pp. 1, 2 y 3.

grande, es tu conciencia y vos. No le vas a consultar a nadie ni le vas a hacer caso a la ley. Este tema no es fácil. Es muy duro.” Dijo Zulema.

Sus declaraciones fueron una bomba. En la mañana en la que el diario publicó la entrevista, Zulema fue entrevistada en radios y su “confesión” fue tomada como principal tema del día por programas de noticias y periodísticos de televisión. Por algunas horas, el aborto dejó de ser un crimen, el asesinato de una criatura por nacer, una práctica criminal, para convertirse en una situación límite por la que ninguna mujer quiere atravesar, pero a la que en ciertas condiciones se ve obligada a recurrir.

Las palabras de Zulema no fueron inocentes. En ese momento, el entonces presidente Menem y un grupo de legisladores justicialistas buscaban poner el aborto en el centro de la campaña electoral con vistas a las elecciones de presidente y gobernadores previstas para menos de un mes más tarde. Y en ese marco, acusaban a la candidata a gobernadora por la Alianza, Graciela Fernández Meijide, de “abortista”, por haber acompañado con su firma cinco años antes un proyecto en el Congreso que proponía legalizar el aborto en determinadas circunstancias. Zulema rompió el silencio y consiguió desplazar el aborto del lugar de práctica médica demonizada, para convertirla en una situación límite. Zulema consiguió esto aunque no era su objetivo principal: ella sólo quería perjudicar a Menem y hablar del presunto atentado que provocó la muerte de su hijo Carlitos.

Las declaraciones de Zulema podrían haber abierto un debate más amplio sobre la posibilidad de despenalizar el aborto, algo que todavía no se ha producido seriamente en el país y que, como sabemos, podría reducir la mortalidad materna. O, al menos, podrían haber permitido abrir un debate para reflexionar sobre una realidad oculta: la cantidad de mujeres que mueren hoy en la Argentina al practicarse un aborto en malas condiciones sépticas. Las estadísticas oficiales muestran que más de un tercio de las muertes maternas tienen relación con abortos, muchos de ellos realizados en la clandestinidad, en malas condiciones sanitarias y que, por lo tanto, podrían evitarse.⁴ Muchos investigadores coinci-

⁴ La estructura de causas de muertes maternas en la Argentina se presenta de la siguiente manera: 37,3% por aborto; 12,2% por hemorragia; 16,6% por toxemia; 21,4% por otras causas obstétricas directas y 122,3% por causas obstétricas indirectas. Como se observa, las complicaciones del aborto constituyen la primera causa de muerte materna. Mujer y Salud, Nota técnica N.º1, “La Mortalidad Materna”, Consejo Nacional de la Mujer, octubre de 2000.

den en que el alto índice de mortalidad materna en el país es causado por leyes que criminalizan el aborto y amenazan el derecho a la vida de la mujer. Esta situación se agrava, entre otros factores, por la dificultad para acceder a abortos no punibles (terapéutico y violación de mujer idiota o demente), regulados por el artículo 86 incisos 1 y 2 del Código Penal, por la negativa de los médicos, que requieren autorización judicial para realizarlo, aunque la ley no la exija.

Lamentablemente, en la tarde del mismo día en que se publicó el reportaje a Zulema se produjo el asalto con rehenes al Banco Nación de Villa Ramallo, que mantuvo en vilo a todo el país y terminó en una masacre,⁵ y el tema del aborto quedó sepultado en pocas horas por esta otra noticia, algo que, por supuesto, benefició principalmente al gobierno menemista. Así es la dinámica de los medios. Pero, de todas formas, el ejemplo sirve para mostrar cómo un hecho periodístico –en este caso el reportaje a Zulema– puede abrir un debate sobre un tema tan tabú como todavía es el aborto en la Argentina.

En segundo lugar mencioné que un artículo periodístico, o, con más amplitud, los medios de comunicación pueden ser vehículos de la denuncia de violación de los derechos de las mujeres. Para ejemplificar este punto elegí los casos de hospitales públicos que se niegan a realizar ligaduras de trompas de Falopio sin una autorización judicial, aun cuando hay una indicación terapéutica para practicar la intervención. Este tipo de casos se repite con cierta asiduidad en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y en otras zonas del país. Algunos llegan a los medios, otros no.⁶

Los que llegan a conocerse permiten a otras mujeres tomar conciencia de este derecho, saber dónde pueden pedir ayuda o asesoramiento si no pueden conseguir una ligadura de trompas en los hospitales. A partir de la sucesión de una serie de casos, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad empezó a brindar asesoramiento legal a mujeres en esas condiciones y finalmente elevó al gobierno porteño un pedido para que no se exija más una autorización judicial para practicar la ligadura de trompas en los hospitales públicos.⁷ Incluso, a fines de mayo de 2000

5 *Clarín, La Nación, Página/12*, 17 de septiembre de 1999.

6 "Un fallo para que los hospitales respeten el derecho de la mujer" (diario *Página/12*, 4 de enero de 1999); "Fallo inusual para una madre prolífica", *Diario Popular*, 27 de enero de 2000.

7 "Pedida por ligaduras", diario *Página/12*, 8 de marzo de 2000; "Piden que una operación se pueda hacer sin permiso judicial", diario *Clarín*, 8 de marzo de 2000.

organizó un encuentro de expertos de distintos ámbitos para discutir y analizar el tema. Los especialistas –algunos de los que participaron de ese encuentro hoy están aquí presentes– marcaron pautas para hacer la ligadura de trompas en los hospitales públicos. Concluyeron que siempre que exista una prescripción médica no es necesaria una autorización. Las conclusiones de este encuentro, publicadas en un diario, permitieron que médicos, abogados y jueces –partes involucradas en este tipo de casos– tomen conocimiento de cómo se debe actuar ante situaciones semejantes.⁸

¿Por qué menciono el caso de la ligadura de trompas? Muchas mujeres pobres, con varios hijos, reclaman esta operación porque no están en condiciones de evitar un nuevo embarazo por otros medios, ya sea porque no pueden acceder a otro método anticonceptivo por falta de dinero o porque su pareja no acepta usar un preservativo. Muchas de estas mujeres ya tienen varias cesáreas en su cuerpo y un nuevo embarazo puede poner en riesgo sus vidas.

En tercer lugar, me referí a la posibilidad que tienen los medios de darle voz a los que no la tienen. Este caso que voy a mencionar no tiene que ver directamente con la mortalidad materna. Como dije al principio, iba a ampliar el concepto para hablar de otras situaciones en las que se vulneran derechos de las mujeres. Un ejemplo, en este caso, es el de la alumna de 5º año que a comienzos del ciclo lectivo del año 2000 fue expulsada de un colegio católico de la capital formoseña por estar embarazada. La voz de sus padres, denunciando la discriminación, se escuchó con fuerza en todos los medios nacionales, diarios, radios, canales de televisión. Y finalmente, después de una batalla que se extendió varios días y que incluyó el abrazo simbólico del colegio por parte de padres de alumnas que compartían la posición del colegio, las monjas tuvieron que dar marcha atrás y acatar la decisión del Superior Tribunal de Justicia de la provincia que había ordenado la reincorporación de la chica.⁹ El cambio de postura de las religiosas estuvo íntimamente relacionado con una exhortación en ese sentido del obispo de Formosa. Seguramente, el obispo no hubiera intervenido si el tema no hubiera tenido la repercusión nacional que llegó a tener por el seguimiento que hicieron del caso los medios de comunicación. Casos similares, que no trascendieron co-

8 "Un comité de expertos marcó pautas para hacer una ligadura de trompas", Diario *Página/12*, 6 de junio de 2000.

9 Diario *Página/12*, 15, 18, 19 y 21 de abril de 2000.

mo éste, problemente han tenido otro desenlace. Debido a la repercusión que tuvo el de la chica de Formosa, el Congreso aprobó velozmente una ley que prohíbe que se expulse a una alumna por el hecho de estar embarazada y, posteriormente, otra que fija un régimen de licencia especial para estudiantes secundarias en esa condición.

En cuarto lugar, señalé la valiosa oportunidad que tienen los medios de poner en evidencia el desempeño de funcionarios públicos y de legisladores, ya sea su acción o su inacción ante determinado tema. Algunos medios y comunicadores sociales jugaron un papel importante para conseguir finalmente la sanción de la Ley de Salud Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Señalaron una y otra vez, con columnas de opinión de legisladoras y expertos o entrevistándolos, la importancia de una norma de estas características que permite el acceso gratuito a la anticoncepción, contrarrestando el fuerte *lobby* en el ámbito legislativo que llevaron adelante sectores eclesiásticos en contra de la aprobación de la Ley. Incluso, el entonces jefe de gobierno porteño Enrique Olivera, que en un primer momento pensó vetar algunos artículos reclamados por la cúpula católica, dio marcha atrás y promulgó la Ley tal como había salido de la Legislatura porteña, después de analizar lo bien que había sido recibida por la opinión pública.

Generalmente, los militantes del llamado Movimiento pro vida, que se oponen a la sanción de leyes que permitan el acceso gratuito de métodos anticonceptivos a los sectores más pobres, movilizan mayor cantidad de gente a la hora de realizar una marcha para expresar su rechazo que la que suelen convocar los sectores más progresistas que apoyan normativas de estas características. También el poder de *lobby*, aceitado con la jerarquía católica, suele ser más poderoso que el que pueden ejercer las organizaciones de mujeres, activas defensoras de este tipo de ley. Sin el apoyo de ciertos diarios y de algunos periodistas identificados con la defensa de los derechos de las mujeres, las voz de los que tienen menos poder no se escucharía lo suficientemente alto.

Recién decía que un medio puede poner en evidencia no sólo la acción sino también la inacción de un funcionario. También puede dar a conocer su pensamiento y permitir así a otros actores, como legisladores, jueces o representantes

de la sociedad civil, tomar alguna medida en consecuencia. A través de un diario, *Página/12*, se conoció públicamente la posición del ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Juan José Mussi, en relación con los planes de procreación responsable.¹⁰ Mussi afirmó en julio de 2000 que se opone a facilitar el acceso a métodos anticonceptivos a toda la población y rechazó especialmente la posibilidad de que los beneficiarios sean adolescentes, a pesar de que –según cifras oficiales– en la provincia 13 de cada 100 madres tienen menos de 20 años, una tasa de embarazo adolescente que duplica a la de la Ciudad de Buenos Aires.¹¹ Entre otras barbaridades, Mussi –quien todavía está al frente del Ministerio de Salud de la provincia más poblada del país– opinó que el mejor método para evitar un embarazo es el natural y aseguró que las pastillas anticonceptivas pueden provocar esterilidad. En el mismo artículo se reveló que Mussi cajoneó un Plan de Sexualidad Responsable para toda la provincia. Después de la publicación de este reportaje, hubo algún pedido de informes en la Legislatura bonaerense pero no pasó de eso. En este punto, me permito hacer una crítica a legisladores y legisladoras de la provincia que se autodefinen como progresistas. Semejantes declaraciones de un ministro de Salud no tuvieron otra repercusión y la provincia sigue sin programa de salud reproductiva y, lo que es aún peor, con el mismo ministro de Salud.

En quinto y último lugar mencioné la posibilidad que tienen los medios de dar a conocer novedades de la ciencia y de la medicina. En este tema que nos convoca creo que han hecho un aporte valiosísimo al hablar sobre la llamada “píldora del día después” o anticonceptivo de emergencia, que se vende en el país hace cuatro años, en forma muy silenciosa. En 1999 salieron las primeras notas en los diarios que daban cuenta de su existencia en las farmacias locales y esto permitió que más mujeres, principales beneficiarias, se enteren de sus efectos y los den a conocer, por el método del boca a boca, a otras mujeres. Sabemos que muchos ginecólogos, pese a conocer su existencia, ocultan esta información a las pacientes.

Para cerrar mi exposición quisiera mencionar un caso emblemático de cómo pueden colaborar los medios en favor de los derechos de las mujeres en forma

10 “El ministro de Salud bonaerense en contra de los anticonceptivos”, diario *Página/12*, 18 de julio de 2000.

11 La proporción de nacidos vivos de madres menores de 20 años en la provincia de Buenos Aires es de 12,9% y en la Ciudad de Buenos Aires es de 6,4%, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 1999.

conjunta con actores de la sociedad civil. Me refiero al movimiento gestado por un médico de una pequeña localidad de Río Negro que consiguió, gracias a su perseverancia, que la provincia sancione una ley.

¿Cómo ocurrieron los hechos? Mario Mas, jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital de Villa Regina, una población frutihortícola de 33.000 habitantes, abrió en marzo del año pasado un registro para mujeres interesadas en ligarse las trompas. En apenas un mes se anotaron 70, todas ellas de bajos recursos y con varios hijos.¹² El médico las vinculó con un abogado y 40 de ellas se presentaron con amparos en la Justicia solicitando autorización para que se les efectúe la operación. Mario Mas comunicó cada paso dado a los medios locales y nacionales. Particularmente, me informaba a mí cada novedad, ya sea por teléfono como por *e-mail*. Presentó los amparos, consiguió fallos a favor, se vinculó con diputadas provinciales y logró finalmente en menos de un año la sanción de una ley, la primera en el país que considera tanto la ligadura de trompas como la vasectomía como métodos anticonceptivos legales que no requieren autorización judicial. Estoy convencida de que si el caso no hubiera tenido la llegada a los medios que tuvo, los diputados no se hubieran interesado por el tema y la ley nunca se habría aprobado.

Con estos ejemplos quise mostrar cómo pueden los medios de comunicación, o más personalmente los comunicadores sociales que comparten la preocupación por una sociedad más justa, con menos desigualdades, colaborar de alguna forma con el objetivo de reducir la mortalidad materna, en un trabajo conjunto con la sociedad civil, los legisladores y los funcionarios.

Sin ir más lejos, hoy por la mañana escuché a Magdalena Ruiz Guiñazú, una periodista que siempre se ha mostrado comprometida con los derechos humanos y particularmente con la salud de las mujeres, enfrentar en un diálogo ríspido al obispo de Catamarca, que se lanzó en una cruzada contra un programa de planificación familiar que incluía la entrega gratuita de DIU en un pueblo de Catamarca, replicándole cada una de las barbaridades que monseñor Elmer Miani dijo sobre los anticonceptivos.

¹² "Un pueblo que se moviliza en favor de las mujeres", diario *Página/12*, 3 de mayo de 2000.

Por su alcance y su influencia, los medios de comunicación tienen una responsabilidad social. Pero no hay que perder de vista aquí que si el Estado no está donde debe estar, si los funcionarios y los legisladores no están donde deben estar, es muy poco lo que pueden hacer los medios. Sin fondos para programas específicos, sin campañas de concientización sobre el uso de anticonceptivos, sin educación sexual en las escuelas, sin leyes que permitan a las mujeres el acceso a la anticonceptivos en todo el país –el Senado todavía no sancionó la ley nacional, y en Catamarca, por ejemplo, tampoco existe una norma similar– los índices de mortalidad materna seguirán siendo una vergüenza para el país.

3. MORTALIDAD MATERNA: UN CASO DE FEMICIDIO

*Diana Maffia**

La mortalidad materna, en la mayoría de los casos, es evitable. Cuando sobreviene, principalmente como consecuencia de un aborto, es el epílogo de una historia de violación de derechos. Los derechos de las mujeres, como los de todos los grupos vulnerables, son violados no sólo por acción sino por omisión por parte de un Estado androcéntrico que aduciendo motivos económicos aplica su ideología selectiva.

La sexualidad de las mujeres y la autonomía de decisión sobre sus cuerpos, están formalmente aseguradas en nuestro país dentro del conjunto de derechos humanos garantizados por los tratados incorporados en nuestra Constitución. Aunque hace años que las mujeres dejamos de formar parte –junto a menores e incapaces– de los sujetos bajo tutela, en lo que respecta a nuestra sexualidad se pretende seguir manteniéndonos en una minoría de edad perpetua.

Nuestras decisiones son rechazadas o ignoradas por el sistema de atención de salud –dicho sea de paso, principalmente en manos masculinas– imponiendo sus preferencias, judicializando innecesariamente lo que debería formar parte de la responsabilidad médica, pidiendo consentimiento a los varones sobre prácticas que afectan el cuerpo de las mujeres, preservando así el sistema de control patriarcal sobre nuestra sexualidad y enajenando nuestra autonomía.

La moral dogmática, fundada en la fe y respetable como adhesión voluntaria, pretende transformarse en ley impuesta a toda ciudadana. Como parte de la maquinaria de control, desde la justicia se transforma el pecado en delito y se reprime con la fuerza pública, convirtiendo la garantía constitucional de un Estado laico en justicia teocrática. Si desde el Estado –a pesar de la obligación de garantizar

* Diana Maffia es Defensora Adjunta del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

los recursos que permitan a las mujeres realizar sus propios planes de vida en lo que respecta a la reproducción— se niega acceso a la anticoncepción, nos obligan a una de tres salidas: abstinencia sexual, maternidad forzada o aborto. Las tres violan nuestra libertad, resienten nuestra salud concebida de modo integral, y una de ellas puede conducirnos a la muerte.

Cuando las feministas piden “anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”, lejos de manifestarse “en favor” del aborto, señalan el camino para evitarlo, y para detener la complicidad hipócrita con muertes evitables que castigan sistemáticamente a mujeres pobres, principalmente adolescentes o madres de varios hijos. Se trata de una consigna profundamente humanitaria.

Mantener penalizado el aborto no impide que se realice, como bien lo grita la cifra oculta de nuestro país, pero constituye una formidable amenaza que obliga a la clandestinidad. El hecho de que casi nunca sea realmente penado muestra la inequívoca voluntad de control que alimenta su criminalización. El negocio que florece tras la clandestinidad constituye un traspaso inmoral de recursos a manos de quienes aceptan en privado lo que no admiten en público.

El derecho a la vida, en general, desde el momento de la concepción (como lo establece la Convención Americana por los Derechos Humanos) implica que el Estado debe protección y amparo desde el inicio de la vida misma. Pero no implica que deba penalizar siempre el aborto. Cuando una mujer está dispuesta a correr riesgo de muerte para interrumpir un embarazo no deseado puede suponerse el sufrimiento insostenible que la maternidad forzada implica. En muchas de estas decisiones la mujer sabe, por experiencias anteriores, que de continuar ese embarazo deberá enfrentar, sin el amparo del Estado y muchas veces sola, lo que devenga. El mismo Estado que incumple y ha violado previamente sus derechos es el que amenaza penalizarla.

La consideración del valor moral de un embrión, aunque se trata de un problema ético de importancia, no es aquí relevante. La decisión de abortar es un obvio conflicto entre dos males, en el que las mujeres realizan un gesto desesperado de defensa de su vida y de su integridad, con el que afirman para sí mismas la trascendencia como personas y la dignidad humana que la sociedad les niega.

No aceptan inmolarsse, y eso escandaliza. Obligar a una mujer a continuar un embarazo no deseado, pretendiendo argumentos morales, es obligarla a un acto heroico, supererogatorio, que puede ser objeto de admiración cuando alguien lo asume desde su propia decisión, pero que de ninguna manera puede ser exigido como una obligación moral.

La muerte materna, según todos los estudios y experiencias, se evita drásticamente con medidas de salud adecuadas, educación y acceso a la anticoncepción. Eso no cuesta más dinero, es una decisión política. Nuestro país está obligado a estas medidas y no las cumple. La altísima cifra de muertes constituye un femicidio silencioso por parte del Estado, que ignora además que las mujeres, lejos de ser meros lugares donde la concepción ocurre, tenemos también derecho a la vida en primera persona.

4. MORTALIDAD MATERNA: UN GENOCIDIO OCULTO

*María Alicia Gutiérrez**

RECUPERANDO LA HISTORIA

En el año 1988, la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, juntamente con la Red de Salud de Mujeres de América Latina y el Caribe, dio comienzo a una campaña internacional que ponía el eje en la morbilidad materna.

Entre sus estrategias figuraban difundir información y realizar acciones referidas a la problemática de la mortalidad materna; luego se incorporaría la dimensión de la morbilidad materna. La campaña estableció un Día de Acción Internacional, el 28 de mayo de cada año.

¿Cuáles fueron las razones que llevaron a estas organizaciones de mujeres a poner en el primer plano de sus agendas y de sus acciones la problemática de la mortalidad materna?

Considero que básicamente tres, entre otras:

- la aceptación del derecho a la salud como un derecho humano básico;
- el reconocimiento de la salud de la mujer como un prerequisite para el desarrollo humano y social, y
- la aceptación de la morbilidad materna como un grave problema de salud pública, inequidad e injusticia social.

Plantear la campaña como una estrategia internacional sobre las causas de la morbilidad materna permitió “politizar” el tema y ahondar en aspectos de la discriminación contra la mujer, de las consecuencias de los programas de ajuste estructural en la vida cotidiana de las mujeres, del funcionamiento y accionar

* María Alicia Gutiérrez es integrante del Foro por los Derechos Reproductivos.

de los servicios de salud, de la atención de los proveedores y de la importancia de los procesos de democratización en diversos lugares del mundo, especialmente en América Latina. Esta larga enunciación sólo intenta reflejar la intención de colocar la problemática en una dimensión amplificadora que la desplace de la exclusividad de las cuestiones de salud y género.

En definitiva, nada muy diferente de lo que en la actualidad nos convoca: la convicción de que sigue siendo un genocidio oculto que es preciso develar articulando de manera transversal e intersectorial acciones y estrategias que permitan acabar con este doloroso drama que afecta a las mujeres y al conjunto de la sociedad.

El informe “El Progreso de las naciones” (UNICEF, 1996) dedica parte de sus artículos a lo que considera “la tragedia contemporánea a la que se ha prestado menos atención: la morbilidad materna”. En el dramático texto (referido a la situación mundial) se registran realidades escalofriantes: 600.000 mujeres mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto; 140.000 por hemorragias; más de 75.000 en el intento fallido de aborto; 75.000 por lesiones cerebrales y renales durante convulsiones de eclampsia; más de 100.000 de sepsis; algunas de anemia grave que bloquea el corazón; más de 40.000 por obstrucción del parto. Es decir, se trata de cifras que se refieren a mujeres concretas que mueren según una tasa diaria de 1600 y que comparten una especial particularidad: prácticamente la totalidad de sus muertes son evitables. Decir evitables no remite a una categoría teórico/abstracta sino que significa la necesidad de una voluntad política que arbitre los medios para evitarlas.

Un aspecto interesante del informe es la referencia a las razones que llevan a esta conspiración de silencio; una de ellas –y muy importante– hace mención de la lógica en la cual han sido educadas y socializadas las mujeres: aguantar, padecer y no quejarse en una sociedad discriminatoria y desigual. En el caso argentino, dicho silencio se produce tanto desde el Estado como desde los partidos políticos, los sindicatos y, a veces, hasta del propio movimiento de mujeres.

La campaña a la cual hice referencia en los inicios de mi exposición se propuso en el nivel global justamente quebrar esa lógica: introducir en las mujeres

la dimensión de su poder para conocer, informarse, demandar, reclamar, exigir y hacer visible y pública la problemática que nos ocupa, lo que adquiere una dimensión superlativa cuando se lo relaciona con la mortalidad materna, dado que la muerte por aborto en nuestro país es causal del 32% de las muertes maternas, y el Cono Sur es una de las regiones con una proporción de las más elevadas. Los indicadores de morbilidad materna en nuestro país son elocuentes en cuanto a la brutal inequidad en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:
UNA CUESTIÓN DE EMPODERAMIENTO

La campaña colocó la problemática de la morbilidad materna bajo el paraguas de los derechos sexuales y reproductivos y de la ilegalidad del aborto.

La imposibilidad de ejercer estos derechos así como la inexistencia del aborto legal instala la temática en una triple dimensión: se trata de una cuestión de salud pública, pues es el Estado el que debe garantizar con el absoluto respeto por la decisión privada (libertad negativa) que la misma tenga las condiciones materiales para desarrollarse. Se trata también de una cuestión de inequidad social porque la carencia de estos derechos, si bien incide sobre todas las mujeres, tiene efectos mortíferos en las mujeres pobres. Por último, se trata de la consideración de un derecho legítimo que si se ejerciera permitiría desplegar una práctica democrática (Gutiérrez, 2001).

Espacio de intersección de múltiples dispositivos de poder, el cuerpo de la mujer debe ser recuperado para la decisión autónoma de las propias mujeres. Ésta es la lucha que llevan adelante diversas organizaciones, grupos y mujeres autónomas y feministas. En ese sentido, los derechos sexuales y reproductivos y la legalización del aborto implican el derecho al ejercicio de la libertad y de la autonomía, lo que también requiere la existencia de derechos económicos y sociales.

Para definir el terreno de estos derechos es necesario tomar en cuenta dos elementos claves (Correa y Petchesky, 1994): poder y recursos. Poder para tomar

decisiones informadas acerca de la propia fecundidad –si tener o no un hijo/a, crianza de los/as hijas, salud ginecológica y sexualidad–. Recursos para llevar adelante estas decisiones en condiciones seguras y efectivas. Se refiere a poseer y ejercer el derecho a abortos seguros, métodos anticonceptivos seguros y eficaces, embarazo y partos seguros, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y sida, en que la opción sexual no debe ser una barrera cultural que impida acceder a la atención de infertilidad y de cáncer genito-mamario, servicio de salud integrales y de buena calidad, libertad de elecciones o decisiones sexuales y reproductivas libres de coacción y violencia.

Cuando hablamos de recursos nos referimos a las condiciones materiales y al ejercicio de derechos económicos y sociales –empleo, presencia de un Estado que garantice las condiciones mínimas de existencia, acciones en relación con las mujeres jefas de hogar, con empleos precarizados, etc.–, recursos políticos y sociales –existencia de democracia, participación de la ciudadanía, proceso de empoderamiento, respeto por las diferencias, derechos humanos, etc.– y simbólicos-culturales –considerar la historia individual, la peculiaridad de cada subjetividad, la necesidad de vivenciar los propios mitos y deseos, los mecanismos de negociación en las relaciones respecto del deseo o no de tener un hijo, de la anticoncepción, etcétera.

En el campo de los derechos sexuales y reproductivos, un hecho paradigmático de todo tipo de exclusión y discriminación es el que se deriva de la práctica del aborto inducido en condiciones de clandestinidad, que pone en evidencia la enorme inequidad social existente. El aborto es ilegal en casi toda América Latina con la excepción de Cuba y Puerto Rico. En lo que respecta a la Argentina, debido a la condición de clandestinidad en que se practica, a la existencia de un equívoco registro de las internaciones por complicaciones posaborto y al problema del subregistro, no es posible tener una dimensión cabal de la magnitud del aborto inducido, pese a lo cual algunas estimaciones permiten ubicarlo en el orden de aproximadamente 500.000 por año (Checa y Rosenberg, 1996; Aller Atucha y Pailles, 1996).

Por eso afirmamos que la exclusión social se hace aquí notoria: las mujeres con recursos pueden acceder a un aborto seguro, pagando a profesionales de ex-

celencia; las que habitan en zonas rurales y de baja condición socioeconómica se encuentran en una situación de enorme vulnerabilidad, dado que o se provocan ellas mismas el aborto o acuden a personas con escaso conocimiento. La discriminación de género no subsume las discriminaciones de clase, raza o etnia. En ese sentido, las enormes dificultades “señaladas como desigualdades de género en el campo práctico y del punto de vista legal y moral se vuelven dramáticas en condiciones de pobreza” (Ávila, 1999).

Otra de las problemáticas comunes en América Latina es el acceso diferenciado –por clase social– así como la calidad en la atención de los servicios de salud. En palabras de Ávila, “el fundamento de esos derechos implica la libertad de elección en el campo reproductivo, lo que significa que los eventos como embarazo, parto, anticoncepción, aborto, adopción deben ser vistos como interrelacionados dialécticamente, en donde cualquier restricción a la libertad y las garantías de cada uno de esos eventos remite a la persona y sobre todo a las mujeres a un lugar de opresión y dominación” (Scavone, 1999).

¿DÓNDE ESTAMOS SITUADAS?

Las difíciles condiciones de acceso a los recursos plantean una situación paradójica en torno del aborto y en general de los derechos sexuales y reproductivos: si bien desde el movimiento de mujeres se ha intentado implementar debates que permitan plantear la cuestión en el nivel en que se plantea en las sociedades modernas, en la Argentina la legislación sobre derechos sexuales y reproductivos sigue siendo una deuda pendiente. La influencia de la Iglesia Católica, en directa connivencia con los poderes políticos de turno, ha imposibilitado un debate serio e informado sobre este grave genocidio, e impedido la promulgación de una Ley Nacional de Procreación Responsable. El hecho de que no se cuente con un instrumento legal que regule la responsabilidad del Estado respecto de su obligación de garantizar el acceso a la anticoncepción, a la información sexual, a la atención del embarazo, del parto y del puerperio, a la atención de las enfermedades de transmisión sexual y el sida y de los cánceres ginecológicos ha afectado las condiciones de vida de la población, especialmente en el caso de las mujeres pobres.

Las fuerzas conservadoras, que esgrimen estrategias y realizan acciones para restringir la libertad en relación con la sexualidad de las mujeres, y no sólo de ellas, tienen un peso significativo en la cultura política latinoamericana. Por eso es condición necesaria, aunque no suficiente, laicizar este campo temático para desterrar prejuicios que impiden ingresar en el ejercicio de una soberanía plena. Sin embargo, y a pesar de las resistencias, es preciso señalar que existen un sinnúmero de leyes provinciales, programas, decretos y ordenanzas municipales, que resguardan y facilitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DEL MOVIMIENTO DE MUJERES
Y DE LAS MUJERES EN MOVIMIENTO

Para incidir efectivamente en los indicadores de la mortalidad materna, es necesario valorizar la dignidad de la vida, lo que implica tener un trabajo, atención de la salud y derecho a la educación, entre otras cosas. De la misma manera, en este tema es fuerte la incidencia que tiene la existencia de una sociedad democrática respetuosa de los derechos de las mujeres.

Sin embargo, y tratando de contrarrestar el escepticismo, es importante reflexionar sobre qué tipo de acciones pueden llevar a cabo las mujeres (y no sólo ellas, pues ésta debería ser una preocupación del conjunto de la sociedad) en los intersticios de las crisis, para enfrentar una problemática que tanto nos afecta y que deja marcas imborrables en el cuerpo. En el conjunto de acciones que desarrolla el Foro por los Derechos Reproductivos ocupan un lugar privilegiado las que se relacionan con la disminución de la mortalidad materna, que toman en consideración la multiplicidad de dimensiones que se entrecruzan en dicha problemática. Algunas consideraciones generales en este sentido son las siguientes.

1. Se trata de una problemática que debe ser abordada y desplegada intersectorialmente (salud, educación, desarrollo social, economía) juntamente con actores diversos de la sociedad civil (escuelas, clubes, organizaciones barriales, hospitales públicos y salas de atención primaria, y todos aquellos espacios que permitan actuar en relación con cualquiera de los recursos mencio-

dados previamente). Se sabe que cuando los programas sectoriales están disgregados y carecen de acciones coordinadas no dan los resultados esperados o deseados.

2. Es necesario articular alianzas con todos los grupos, actores y sectores de la sociedad. La morbilidad materna no es un problema sólo de las mujeres sino que, por tratarse de un indicador descarnado del grado de deterioro de una sociedad democrática y del grado de pobreza e inequidad social, involucra al conjunto de la sociedad.

Por otro lado, las estrategias a que nos referimos requieren de algunas consideraciones generales:

- deben considerar la dimensión de género;
- deben poner especial énfasis y consideración en la inequidad social, y
- deben ser entendidas e incluidas como parte de las luchas de una sociedad democrática.

Teniendo en cuenta estas consideraciones generales, las acciones pueden ser pensadas en diferentes niveles (sin pretender ser exhaustivos), como los que siguen.

1. En relación con el Estado.
2. En relación con el conjunto de la sociedad civil.
3. En relación con el propio movimiento de mujeres.
4. En relación con los medios de comunicación.
5. En relación con la formulación de programas.
6. En relación con la capacitación del personal de salud.
7. En relación con los ofrecimientos de los servicios.
8. En relación con los recursos físicos, materiales y humanos.

1. En relación con el Estado

Un rasgo importante para destacar es la necesidad de interlocución para la formulación de políticas públicas, programas y acciones, teniendo en consideración la dimensión política del fenómeno para evitar la fuerte tendencia al expertismo técnico. Es necesario articular metodologías de trabajo que propongan la integración entre el interior del país y la Capital.

Entre las estrategias podemos destacar:

- Colaborar y participar en la formulación de políticas y programas eficaces orientados a hacer conocer la problemática y las posibles formas de resolverla, con participación del movimiento de mujeres, no sólo como técnicas sino como actoras en el diseño, producción y puesta en acción de las políticas públicas.
- Intersectorialidad en la formulación de programas (ministerios, agencias, defensorías, etcétera).
- Relación con el Parlamento para favorecer la promulgación de legislación sobre salud reproductiva, aborto no punible, su legalización. La experiencia de Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (MADEL), con sus posibilidades y deficiencias, podría ser un ejemplo de la interrelación entre las mujeres y el Parlamento (Gutiérrez, 2000).
- Dado que las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y de reforma del Estado en el sector salud representan serios obstáculos para la implementación y consolidación de servicios integrales y de calidad para la población en riesgo, además de la existencia de barreras sociales, culturales y religiosas que afectan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, consideramos que el monitoreo y la evaluación de los programas es una tarea pendiente que contribuiría a reorientar las acciones y a fortalecer los programas.
- Instalación de un Comité de Mortalidad Materna en los hospitales públicos de la Capital Federal y del resto del país.

2. En relación con el conjunto de la sociedad civil

- Realizar actividades conjuntas entre el hospital público, el Consejo Nacional de la Mujer, los consejos provinciales y de ciudades (como el caso del de la Ciudad de Rosario), con las ONGS, escuelas y clubes, con el propósito de articular estrategias que concedan un lugar privilegiado a la prevención y al cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Introducción de la perspectiva de género y de derechos en la formación integral de la persona, tanto en la educación institucional como en la informal. Un ejemplo de ello es la incorporación de dichas perspectivas en la currícula para la formación de los proveedores de salud (médicos, psicólogos, enfermeros, personal administrativo).

- Formulación e implementación de campañas públicas para la prevención de la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en la cuestión de la morbimortalidad materna, con intervención de diversos actores de la sociedad (medios, universidades, talleres de arte, etcétera).
- Desarrollar talleres y seminarios de debate y discusión sobre la temática en los barrios, en las asambleas barriales, la universidad, etcétera.

3. En relación con el movimiento de mujeres

- Capacitación de los propios grupos de mujeres (empoderamiento) con el objetivo de que conozcan sus derechos y se organicen para reclamarlos.
- Participación de las mujeres en la formulación, implementación y monitoreo de las diversas estrategias de políticas públicas en relación con las problemáticas relacionadas con la morbimortalidad materna.
- Establecer estrategias de control de los diferentes espacios públicos (hospitales, por ejemplo) respecto de la atención del embarazo, el parto, el puerperio y las complicaciones posaborto.
- Establecer estrategias de acción en relación con el cumplimiento de las excepciones del Código Penal en relación con el aborto no punible.

4. En relación con los medios masivos de comunicación

- Capacitación de equipos de periodistas de los diversos medios en torno de la importancia de desarrollar acciones para lograr disminuir la morbimortalidad materna.
- Detección y capacitación de las mujeres periodistas afines a los intereses que nos ocupan para que se comprometan a desarrollar acciones sistemáticas en relación con el objetivo de la disminución de la morbimortalidad materna.
- Hacer *lobbys* con los medios periodísticos para que se comprometan a colaborar en la publicación de solicitadas, campañas, videos, gratuitamente o a precios módicos (como un servicio a la comunidad).

5. En relación con la formulación, ejecución y evaluación de los programas

- Consideración del contexto económico, social, político y familiar en el momento de formular los programas, pues existe una fuerte tensión entre los propósitos y objetivos de aquéllos y las condiciones económicas y sociales en las que los programas y servicios se desarrollan.

- Utilización de un criterio de enfoque integral de los derechos sexuales y reproductivos, poniendo el eje central en la prevención y en la promoción de conductas de cuidado.
- Incorporación de profesionales de las ciencias sociales en la atención de la salud reproductiva para garantizar la inclusión de los aspectos socioculturales relacionados con la prevención y el cuidado.

6. En relación con la capacitación del personal de salud

- Sensibilizar a los agentes de salud en torno de los derechos sexuales y reproductivos y de las consideraciones generales en relación con el aborto.
- Sensibilizar a los proveedores respecto de las condiciones socioeconómicas y culturales que prevalecen en el entorno en el que viven los usuarios de los servicios.
- Sensibilizar a todos los actores respecto de la importancia de introducir la dimensión de género en el tratamiento de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

7. En relación con el ofrecimiento de servicios

- Ampliar los días y horarios de atención.
- Aplicar los criterios de privacidad y confidencialidad. Disminuir los tiempos de espera en los turnos.
- Prevención, detección y tratamiento de problemas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- Conserjería adecuada, asesoramiento y entrenamiento de proveedores en los temas de anticoncepción de emergencia y de doble protección para evitar embarazos no deseados.
- Desarrollar estrategias que permitan incluir a los varones en las decisiones sexuales y reproductivas.
- Sensibilizar a los proveedores de servicios para que brinden apoyo y confianza y desarrollen la autoestima y la autonomía de usuarios/as, evitando culpabilizarlos por las acciones llevadas a cabo (por ejemplo, en la atención de complicaciones posabortos).
- Desarrollar trabajo comunitario de manera sistemática para la captación de usuarias que no llegan de manera voluntaria al servicio.

8. En relación con los recursos físicos, materiales y humanos

- Garantizar el ofrecimiento, el asesoramiento y la existencia de todos los métodos anticonceptivos autorizados por el organismo oficial competente.
- Desarrollar espacios exclusivos en los servicios para organizar grupos de información, educación y comunicación.
- Favorecer la permanencia del personal en el servicio y garantizar la asistencia de profesionales de tiempo completo con la intención de consolidar equipos de trabajo.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Tanto la lucha por los derechos sexuales y reproductivos como la legalización del aborto son componentes necesarios en la construcción de un espacio de ciudadanía inclusiva que involucra a hombres y a mujeres y que, potencialmente al menos, puede crear para todos/as las condiciones necesarias aunque no suficientes para una vida más digna y más justa; en pocas palabras, una buena vida.

El movimiento de mujeres ha desarrollado prácticas democráticas de ciudadanía para hacer realidad la existencia y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, aunque sigue siendo una deuda pendiente del conjunto de la sociedad. Por ello no podemos menos que coincidir con María Betania Ávila (1999) cuando refiere “la importancia de los derechos reproductivos (y yo agregaría de los sexuales) en lo cotidiano es justamente la de garantizar condiciones legales y materiales para las mujeres y los hombres en sus elecciones reproductivas (y sexuales), pero como un instrumento que habilita y autoriza esa posibilidad y que trae, en la práctica, la exigencia de transformaciones de las desigualdades, una vez que esos hechos no suceden en contextos vacíos de significado social. Suceden como parte de relaciones sociales, en los contextos cultural, económico y político que les dan significados y están regidos por relaciones de poder. Por eso no se trata sólo de obtener mecanismos, derechos legalizados, sino que implica también una reestructuración de relaciones sociales y de cambios simbólicos”.

Todo ello con el marco de una sociedad en que el desarrollo de la crisis –tanto en el nivel político, como económico y social– condiciona la posibilidad de

la acción, si bien, como toda crisis, es preciso considerarla como un espacio “productivo” en tanto puede generar nuevas formas de participación y de articulación y la demanda de derechos.

BIBLIOGRAFÍA

Aller Atucha, L. y Pailles, J., *La práctica del aborto en Argentina. Actualización de los estudios realizados, estimación de la magnitud del problema*, Marketing Social, Buenos Aires, 1996.

Ávila, María Betania, “Feminismo y ciudadanía; la producción de los nuevos derechos”, en Scavone, Lucila (comp.), *Género y salud reproductiva en América Latina*, Libro Universitario Regional, Lur, Costa Rica, 1999.

Correa, S. y Petchesky, R., Derechos reproductivos y sexuales: la perspectiva feminista, en Sen, G., Germain, A y Lincoln, C. C. (eds.), *Políticas populares revisadas, salud, empoderamiento y derechos*, Harvard University Press, Boston, 1994.

Checa, S. y Rosenberg, M., *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*, Buenos Aires, Ediciones El Cielo por Asalto/Foro por los Derechos Reproductivos/ADEUEM, 1996.

Durand, Teresa y Gutiérrez, María Alicia, “Cuerpo de mujer: consideraciones sobre los derechos sociales, sexuales y reproductivos en la Argentina”, en Bianco, Mabel; Durand, Teresa; Gutiérrez, María Alicia y Zurutuza, Cristina, *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*, FEIM/Foro por los Derechos Reproductivos/FNUAP/CLADEM, Buenos Aires, 1997.

Gutiérrez, María Alicia, “Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres”, en Abregú, Martín y Ramos, Silvina (eds.), *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, Foro de la Sociedad Civil en las Américas/CEDES/CELS, Cuadernos del Foro, Año 2, N.º 3, 2000.

Gutiérrez, María Alicia, “Género, pobreza y derechos: vivencias de la exclusión”, en *Ciencias Sociales*, N.º 47, Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, agosto, 2001.

Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, *Informe de Cuenca*, Reunión de Evaluación de América Latina y el Caribe, Amsterdam, 1997.

Scavonne, Lucila (1999), *Género y salud reproductiva en América Latina*, Libro Universitario Regional, Lur, Costa Rica, 1999.

PALABRAS DE CIERRE

*Carmen Storani**

“**M**e emociona tener emoción”, como dijo alguien del público, al advertir que tantas personas trabajan en todo el país en tantos y tan distintos proyectos, esfuerzo enmarcado en una situación de crisis socioeconómica como la que atravesamos.

¿Por qué la emoción? Porque durante toda la jornada hemos disfrutado de las intervenciones realizadas en los paneles, producto del abordaje conjunto e interactuado de profesionales de diferentes disciplinas y de trabajadores/as sociales que, desde la acción en los sectores populares, demostraron, en el nivel teórico y en el de la práctica, la decisión de fortalecer la salud de nuestra población y de acercar a todas las personas la información necesaria en esa materia, lo que significa una demostración clara de ciudadanía.

Así, hemos estado atentos a la descripción de las distintas acciones y actividades que se han planteado en estas mesas, desde el trabajo de los/as beneficiarios/as de algunos programas de emergencia laboral (PEL), por ejemplo el de Villa Allende, Córdoba, que con una pequeñísima porción de dinero destinado a salarios han podido llevar adelante trabajos de planificación familiar espectaculares, de alto impacto social, con un desarrollo conceptual muy importante en lo que respecta a salud y género; hasta el análisis del desarrollo de las políticas públicas que desde la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Programas Materno-Infantiles y Nutricionales (UCEPMIYN) del Ministerio de Salud de la Nación se han aplicado juntamente con los ministerios de Salud provinciales del NOA, de Formosa, de Chaco, de Corrientes, desde donde decidieron priorizar como uno de sus ejes de intervención el mejoramiento de los partos en las maternidades, algo que parece tan sencillo y que es primario y básico para el ejercicio de los derechos humanos.

* Carmen Storani es abogada y se desempeñaba como Presidenta del Consejo Nacional de la Mujer en el momento del seminario.

¿Por qué rescato esto? Porque es importante tener decisión política para llevar adelante programas prioritarios para la salud de nuestra población. Porque es necesario que les comente que en el Consejo Nacional de la Mujer y con el equipo de la Unidad Coordinadora y Ejecutora de Programas Materno-Infantiles y Nutricionales (UCEPMIYN) del Ministerio de Salud de la Nación hemos conformado un equipo de trabajo transversal, desde las dos áreas de intervención, desde el mismo momento en que tomamos la decisión política de llevar adelante con políticas activas la defensa de los derechos de las mujeres y de los niños/as a su salud integral.

En ese contexto, es importante reparar en que la aplicación de las políticas públicas no es neutra, siempre tiene una definición en cuestiones de género y de infancia. Tras el diseño y en la implementación de cualquier acción pública siempre hay una decisión política previa, un mecanismo de pensamiento, una elaboración de una idea y una concepción ideológica, siempre. Son los/as decisores/as políticos quienes deben asumir ese compromiso ideológico, que en el caso que nos ocupa conlleva mandato constitucional.

Cuando el año pasado se decidió impulsar el Plan Nacional de Disminución de la Mortalidad Materna e Infantil, lo que implicaba transformar los servicios de salud mejorando su cobertura y calidad, reorientando la formación de los recursos humanos de salud, fortaleciendo la gestión, promoviendo la investigación epidemiológica y la auditoría de Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna, promoviendo la atención integral de la salud de la mujer, incluyendo acciones de procreación responsable y utilizando la comunicación social como una herramienta de información sobre los derechos de los/as ciudadanos/as, sabíamos y nos comprometíamos desde la UCEPMIYN, y desde el Consejo Nacional de la Mujer que esa política pública tenía una definición ideológica importante: colocar la salud de las mujeres y de los niños y las niñas en la agenda pública con acciones muy específicas de trabajo.

Ya en abril del año 2000, en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA) se había manifestado el consenso de todos los ministros de Salud provinciales en relación con la prioridad estratégica que este Plan Nacional implicaba. A partir de ese momento, se comenzó a trabajar en las jurisdicciones provinciales el diseño del

plan para cada una, potenciando en muchos casos las políticas públicas de este tipo que se estuvieran aplicando, y reorientando determinadas estrategias y acciones locales dentro de este diseño, en un espacio de interlocución con los/as decisores/as de cada jurisdicción.

Implementar el Plan significó en algunos casos pensar, de manera conjunta con diversos actores, cuáles eran las prácticas más adecuadas y oportunas que debían impulsarse con un criterio político definido.

En este sentido, el Consejo Nacional de la Mujer estuvo presente en el lanzamiento del Foro de Mujeres Legisladoras y Funcionarias del NOA y del NEA, desde donde se decidió impulsar muy sostenidamente la necesidad de reclamar la firma del decreto reglamentario de la Ley de Salud Reproductiva en la provincia de Jujuy. Para el logro de ese objetivo, se realizó en dicha provincia una jornada de sensibilización que contó con la participación de profesionales de la salud de la provincia, académicos/as, integrantes del Poder Judicial, funcionarios/as, legisladoras provinciales de todos los partidos políticos y una amplísima red de organizaciones no gubernamentales. Desde el Consejo Nacional de la Mujer se presentó el Plan Nacional de disminución de la mortalidad materna e infantil y calificados/as profesionales de instituciones públicas y de organizaciones no gubernamentales de dicha provincia demostraron la situación alarmante de la mortalidad materna como consecuencia de la práctica de abortos y ante la ausencia de políticas tendientes a informar y sostener el acceso a la salud sexual y reproductiva de esa población. Este foro tuvo un alto impacto técnico-político. Meses después se firmó el decreto reglamentario ya confeccionado, lo que significaba impulsar el Programa de Procreación Responsable.

En la provincia de Santa Fe trabajamos en conjunto con las legisladoras y las integrantes de las organizaciones no gubernamentales que habían presentado la ley provincial respectiva. Dimos mucho apoyo y también allí tuvimos la satisfacción de que dicha ley fuera sancionada.

Asimismo, en el Consejo Nacional de la Mujer –en el marco del Plan Federal de la Mujer, programa que se desarrolla con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)–, en las acciones de capacitación que se llevan a cabo en las provin-

cias de La Pampa, La Rioja, Misiones, Neuquén y Salta hemos decidido desarrollar talleres sobre “Salud y género” dirigidos a profesionales y a organizaciones de la salud, en el marco del subcomponente Fortalecimiento Institucional Ampliado (FIA) de dicho programa. Asimismo, quiero participarles la enorme satisfacción que nos produce dicho programa cuando observamos que la mayoría de los proyectos sobre cuestiones de género procedentes de las provincias citadas que se presentaron en concurso público para Apoyo a Iniciativas Locales (AIL) para ser sostenidos financieramente por el programa dieron una alta prioridad al impulso y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de los/as ciudadanos/as.

En esta apretada síntesis quiero destacar que las políticas públicas siempre deben ir acompañadas de la decisión política de los/as funcionarios/as que las aplican, decisión política que en el caso que nos ocupa –la mortalidad materna y especialmente la necesidad del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, entendidos como derechos humanos– se requiere con más fortaleza aún.

En este sentido, las políticas que se instrumentaron desde las áreas referidas fueron coherentes con las expresiones sociales de las ONGS “que trabajan para y con mujeres”, las cuales, en los últimos años, con una actitud de verdadera militancia, instalaron, defendieron y propusieron políticas sobre la temática; con las de las legisladoras de la mayoría de los partidos políticos, que en el nivel nacional, provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires identificaron este tema como fundamental y llevaron adelante la discusión sobre sus contenidos y las alternativas más aptas para defenderlos dentro de sus bloques y en los recintos respectivos.

Cuando hay firmeza en las convicciones, cuando hay un trabajo mancomunado entre los mecanismos de la esfera pública, los de la sociedad civil y los del Poder Legislativo, para interactuar, con una movilización muy fuerte y sin temor de decir las cosas sin cambiar el lenguaje, se deciden acciones comprometidas desde el plano ideológico.

Así, si hablamos de salud sexual y reproductiva, hablemos de salud sexual y reproductiva, no disfracemos el lenguaje. Si tenemos datos de mortalidad ma-

terna, mostremos las cifras de mortalidad materna, no las escondamos. Por eso la primera nota técnica que editó el Consejo Nacional de la Mujer se llama “La mortalidad materna”. Ustedes la tienen y en ella pueden recoger los datos de cada provincia del país, para hacernos cargo de esa situación y, por otro lado, analizar de qué manera, con esas estadísticas, fundamentamos una intervención de política pública donde no hablemos sólo de números sino también de personas.

Cuando en junio del año pasado se modificó la posición argentina ante la Asamblea de Naciones Unidas denominada “Beijing más 5”, manifestando que la República Argentina reconoce la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en el universo de los derechos humanos, como no puede ser de otra manera, se produce un cambio fundamental de posición política e ideológica, y también hay que decir eso, reconocerlo, compartirlo y alegrarse.

Tampoco hay que dejar de decir que en nuestro país el aborto es una de las principales causas de mortalidad materna. Tenemos que hablar seriamente sobre cuáles son los mecanismos para impedir que 500 mil mujeres al año utilicen la interrupción del embarazo como un sistema de planificación familiar, conociendo las condiciones en que lo realizan y las consecuencias que para sus cuerpos y sus mentes eso significa, cuando con políticas activas de procreación responsable podríamos evitar tanto dolor innecesario. Nos debemos una discusión madura, criteriosa y seria de todas estas cuestiones, para seguir impulsando la legislación y los programas de procreación responsable con un amplio apoyo presupuestario, como corresponde.

Es importante destacar lo que se relató en uno de los paneles en relación con el proceso de discusión y negociación de la Ley de Procreación Responsable, que tiene media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación, porque también hay que analizar la naturaleza de los mecanismos de negociación entre los bloques partidarios. Después habrá que ver los pros y los contras del dictamen. Pero es seguro que hoy, en el Senado de la Nación, la Ley todavía está durmiendo. Desde el Consejo Nacional de la Mujer se está enviando una carta a todos los/as senadores/as para que impulsen su tratamiento, y lo mismo hicimos con el cumplimiento de la Ley de Cupo Femenino. También enviamos una carta a cada candidato y candidata a senador/a nacional, que serán electos/as próxima-

mente e iniciarán su gestión a fin de año, para que asuman el compromiso con la defensa de estos derechos y para recordarles a las mujeres electas por primera vez para el Senado de la Nación por la ley de cupo que ese compromiso es una obligación que ellas tienen en el Parlamento.

Por último, quiero agradecer a todos y a todas por su presencia, por la participación, por el clima de respeto a las opiniones y por el disenso. Agradecer la representación de todo el país a través de todas las Áreas Mujer Provinciales, de las locales, de todos los Servicios de Maternidad e Infancia; agradecer a las defensorías del Consejo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes; a las legisladoras nacionales y provinciales; a las periodistas; a las organizaciones no gubernamentales que trabajan para y con mujeres; a las organizaciones científicas; a la Organización Panamericana de la Salud y muy especialmente al UNICEF, que nos acompaña, desde el año pasado, con un aporte sostenido. Juntos hemos realizado el Seminario de análisis de convenciones CEDAW y CDN, pero además hemos podido reeditar la Guía de Salud número 5 y la publicación de la Convención de “Belém Do Pará”. Tenemos también el compromiso de que esto no termine acá: el año próximo realizaremos la segunda edición de este Seminario, que titulamos “Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos” porque decidimos centralizar la cuestión en definir que esta problemática no sólo se basa en el acceso a la salud, sino que se relaciona con un verdadero ejercicio de los derechos humanos que, porque son constitucionales, el Estado tiene la obligación de garantizar.

Quiero agradecer especialmente al equipo de profesionales de los organismos convocantes, en quienes recayó la organización de este encuentro, ya que trabajaron en definir, con criterios muy ajustados, el debate que se quería proponer desde los paneles a todos/as los/as participantes, así como la información y el conocimiento que se quería compartir con los/as concurrentes, entendiendo que este primer seminario es el inicio de una metodología de trabajo transversal y de búsqueda de acciones y compromisos mutuos entre los Servicios de Maternidad e Infancia, las Áreas Mujer Provinciales, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones que convocaron y auspiciaron, respetando la realidad de cada provincia.

Para terminar, quiero agregar que me pareció muy innovadora la metodología de paneles que se utilizó, ya que en los mismos espacios nos permitió escuchar el desarrollo de acciones muy concretas de ejecución, procedentes de diversos lugares de nuestro país, paralelamente y en interacción con el relato de las políticas nacionales que se están formulando y aplicando, la opinión de las organizaciones científicas, de integrantes de los medios de comunicación, del movimiento de mujeres, de legisladoras, así como la opinión técnico-política en torno del tema que nos convoca por parte del UNICEF y OPS.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSEJO NACIONAL DE LA MUJER
Mujer y Salud. Nota técnica N.º 1* - Octubre de 2000

LA MORTALIDAD MATERNA. PROBLEMA DE SALUD
PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS

¿QUÉ ES LA MORTALIDAD MATERNA?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la defunción materna como “el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en un plazo de cuarenta y dos días a partir de la terminación del embarazo, independientemente de la duración o lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su tratamiento, o agravada por ellos, con exclusión de las causas accidentales”.

Cuando se puso en marcha la iniciativa de una Maternidad sin Riesgo, en 1987, las muertes causadas por las complicaciones del embarazo y del parto eran un problema poco conocido y bastante ignorado. Diez años más tarde, la prevención de estas muertes se ha convertido en una prioridad internacional y muchos países han hecho un significativo progreso en la expansión y el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva.

Esta iniciativa mundial, que se ha convertido en una singular conjunción de fuerzas en más de 100 países, está integrada por gobiernos, agencias donantes y de cooperación técnica, ONGs y defensores de la salud de la mujer, quienes están trabajando en forma conjunta para proteger la salud y la vida de las mujeres, especialmente durante el embarazo y el parto.

* Este documento fue elaborado por Silvina Ramos, con la colaboración del equipo del Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), sobre la base de publicaciones editadas por organizaciones nacionales e internacionales especializadas en la materia. Se realizó durante la gestión de la doctora Carmen Storani como presidenta del Consejo Nacional de la Mujer de la Argentina, 2000-2001.

Hemos optado por el uso del género masculino y por no incorporar signos como la “@”, para permitir una mayor fluidez en la lectura de los textos presentados.

¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA?

Las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio son las principales causas de incapacidad y muerte en las mujeres de entre 15 y 49 años de edad en los países en desarrollo. Toda mujer está expuesta a los riesgos que implica el embarazo. Durante ese período toda mujer puede tener complicaciones imprevistas que pongan su vida en peligro y que requieran atención médica inmediata.

Para reducir el número de muertes maternas se debe contar con servicios de atención reproductiva de buena calidad –y que deben ser utilizados–, en particular durante e inmediatamente después del parto. Los servicios deberían ser ofrecidos por trabajadores de la salud capacitados; las unidades de salud y los hospitales, que deberían estar ubicados lo más cerca posible del lugar de residencia de las mujeres, deben estar vinculados con un sistema de referencia y traslado de emergencia.

Las estrategias para reducir las muertes maternas deben ser integrales. Aunque se disponga de buenos servicios de salud, pueden existir barreras sociales, económicas y culturales que impidan a la mujer usar estos servicios. Estas estrategias deben enfatizar la necesidad de actuar en la raíz de las causas, así como en otros problemas de salud reproductiva, incluidos el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

¿CÓMO SE ESTIMA LA MORTALIDAD MATERNA?

Aunque existen varios métodos para medir la mortalidad materna (MM), generalmente se utiliza la tasa de mortalidad materna. Esta medida, que expresa los riesgos de morir de las mujeres una vez que quedan embarazadas, se calcula dividiendo el número total de muertes maternas en un año por el número total de nacidos vivos en el mismo período.

La MM es especialmente difícil de medir con precisión pues algunas muertes de este tipo no quedan registradas como tales, lo cual puede deberse a que el certificado de defunción no especifica que la mujer estaba embarazada en el momen-

to de su fallecimiento o a que las muertes maternas se clasifican erróneamente. El problema del subregistro de las muertes maternas es común en todos los países en desarrollo y dificulta una apreciación ajustada de la magnitud de este problema.

¿CUÁL ES LA MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA?

La OMS calcula que cada año se producen en el mundo 500.000 defunciones maternas, lo que equivale a casi una muerte por minuto.

La inmensa mayoría de esas muertes ocurren en los países en desarrollo. Mientras el 25% de las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) vive en los países desarrollados, sólo el 1% de todas las defunciones maternas ocurridas en un año se produce en esos países.

Además de la MM, ocurren anualmente más de 50 millones de casos de problemas relacionados con la salud materna. Por lo menos 300 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en desarrollo, sufren actualmente de enfermedades y lesiones de corto y largo plazo relacionadas con el embarazo y el parto.

En el nivel mundial, las cifras de mortalidad materna presentan notables diferencias entre las regiones. Mientras los países desarrollados la han reducido a niveles casi inexistentes (Estados Unidos: 6,6 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos; Canadá: 4 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos), América Latina se caracteriza por tasas que varían de 332 muertes por 100.000 nacidos vivos en Bolivia a 26 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en Costa Rica. Los niveles alcanzados por los países desarrollados son una prueba de la posibilidad de actuar efectivamente sobre este fenómeno.

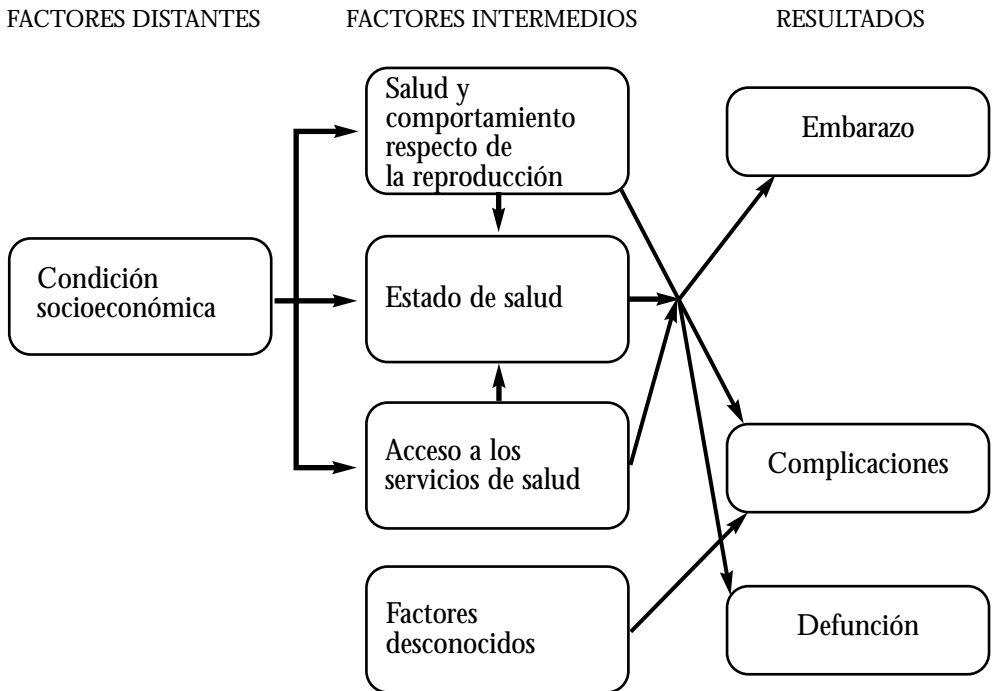
También algunos países de América Latina que han implementado durante muchos años programas de asistencia en anticoncepción y atención primaria han conseguido reducir considerablemente los niveles de la mortalidad materna. Chile es un caso ejemplar de esta situación. En la década de 1960 introdujo esas políticas y redujo la mortalidad materna desde un nivel de 279 por

100.000 nacidos vivos en 1965 a 27 en 1994. Cabe destacar que, si bien Chile y la Argentina tienen niveles de desarrollo semejantes, la tasa de mortalidad materna de nuestro país casi duplica la de Chile.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA?

Las causas pueden examinarse desde un punto de vista restringido o amplio. Un punto de vista restringido consistiría en concentrarse únicamente en los diagnósticos médicos. Y un punto de vista más amplio tendría en cuenta los factores sociales, culturales y económicos que contribuyen a las muertes maternas.

A continuación, se presenta uno de los modelos que han sido elaborados para analizar las causas de la MM (Maine, 1992). Una de las ventajas de este modelo es que permite especificar la cadena de acontecimientos que llevan a una MM y así poder diseñar estrategias para intervenir sobre cada uno de ellos y reducir la MM.



Veamos los factores que contribuyen a producir una muerte materna.

Condición socioeconómica

Durante siglos se ha sabido que el riesgo de defunción se ve fuertemente afectado por el tipo de sociedad en la que se vive y por la posición que se ocupa en la escala social. En la mayoría de las circunstancias y para la mayoría de las enfermedades, la mortalidad es más alta entre los pobres y desfavorecidos que entre los ricos. No sólo la MM es más baja en los países desarrollados que en los países en desarrollo, sino que incluso en el interior de algunos países suelen reflejarse diferencias con relación al riesgo de morir por causas maternas según la clase social a que se pertenece.

La condición socioeconómica afecta la MM por dos caminos: por un lado, la educación formal afecta el comportamiento de la mujer en la esfera de la salud; por otro, la nutrición afecta directamente el estado de salud de la mujer antes del embarazo y durante éste.

Salud y comportamiento en materia de sexualidad y reproducción

Este factor afecta la MM mediante su incidencia sobre el estado de salud, el embarazo y las complicaciones. Las relaciones entre la MM y ciertas características del comportamiento reproductivo son las que han sido mejor documentadas en la literatura.

Edad: la edad de una mujer cuando da a luz afecta sus posibilidades de defunción. Es probable que factores biológicos y sociales contribuyan, a la vez, a este fenómeno. Por ejemplo, las tasas más altas, que a menudo se localizan entre las mujeres muy jóvenes en los países en desarrollo, pueden deberse en parte a la falta de madurez de la pelvis. Las mujeres de más edad pueden haber acumulado varios problemas de salud durante su vida (tales como hipertensión y diabetes), los que podrían causar complicaciones obstétricas.

Paridad: existe relación entre la MM y la paridad. Las mujeres que experimentan su primer embarazo tienen por lo general más posibilidades de morir que las mujeres en su segundo o tercer embarazo, y a partir de este último los riesgos vuelven a aumentar.

Deseo del embarazo: un embarazo no deseado puede poner en peligro la vida de una mujer de distintas maneras. Ante todo, la mujer puede recurrir a un aborto ilícito. También hay menores posibilidades de que busque atención médica que una mujer que se siente feliz con su embarazo.

Estado de salud

El estado de salud se ve influido por factores distantes y por factores intermedios –por ejemplo, la conducta y los cuidados de salud–. La anemia puede ser resultado de falta de dinero para adquirir alimentos (condición socioeconómica) o de hábitos alimentarios deficientes (comportamiento en materia de salud). En muchos casos, la anemia puede ser corregida mediante el acceso a servicios de salud adecuados. A su vez, el estado de salud puede acarrear la MM al influir sobre la posibilidad de que la mujer tenga complicaciones y también sobre las posibilidades de que una mujer con complicaciones pueda sobrevivir.

Acceso a los servicios de salud

La tecnología médica para impedir casi todas las defunciones debidas a complicaciones obstétricas comunes ha estado disponible durante decenios: por ejemplo las transfusiones sanguíneas, el uso de antibióticos y otras drogas, la operación cesárea, los anticonceptivos y los procedimientos seguros para realizar los abortos o tratar sus complicaciones.

El acceso a los servicios de salud implica no solamente su existencia sino también que la gente cuente con la información necesaria para utilizarlos oportuna y adecuadamente, que se proporcionen de un modo que resulte aceptable tanto para las mujeres como para sus familiares, y que los suministros y el equipo sean adecuados.

Factores desconocidos

Los estudios realizados muestran la existencia de una considerable proporción de complicaciones del embarazo y del parto que no corresponden a ninguno de los factores de riesgo conocidos.

¿CUÁLES SON LAS ESTRATEGIAS MÁS EFICACES
PARA ENFRENTAR LA MORTALIDAD MATERNA?

Un conjunto integral de servicios para reducir las muertes maternas debería incluir las acciones detalladas a continuación.

Durante el embarazo: cuidado prenatal y consejería

En el transcurso de la gestación los trabajadores de la salud deberían instruir a la mujer sobre cómo mantenerse saludable; ayudarla a ella y a su familia a prepararse para el parto y concientizarlas sobre las posibles complicaciones del embarazo y cómo reconocerlas y tratarlas. Los trabajadores de la salud también deberían identificar y tratar las complicaciones de manera oportuna y mejorar la salud reproductiva de la mujer tomando medidas de prevención (suplemento de hierro, vacuna contra el tétanos) y por medio del diagnóstico y tratamiento de los problemas existentes (como las ETS).

Durante el parto: atención calificada durante el trabajo de parto y el parto y servicios de emergencia obstétrica de buena calidad

Mientras pare, toda mujer debería ser asistida por un profesional de la salud con la capacidad necesaria para atender un parto normal y para detectar y tratar complicaciones, como hemorragia, shock e infección. El personal calificado debería tener acceso a sistemas de emergencia y transporte en buen funcionamiento, para poder trasladar a la mujer a una unidad de salud apropiada donde pueda recibir atención médica de mejor calidad, con capacidad de resolver las emergencias obstétricas (como una cesárea o una transfusión de sangre) cuando sea necesario.

Después del parto: atención posparto

Con posterioridad al parto la mujer debería ser examinada por un trabajador de la salud, a más tardar en los diez días siguientes, para detectar y tratar cualquier problema (como infecciones) sin demora. Una segunda visita posparto en las primeras seis semanas permite a los trabajadores de la salud asegurarse de que la madre y el bebé se encuentran bien; también les permite dar asesoría y apoyo en la lactancia y ofrecer servicios e información de planificación familiar y procreación responsables.

Antes y después del embarazo:

planificación familiar y procreación responsables

Es necesario que se brinden asesoramiento y servicios en planificación familiar y procreación responsables a todas las parejas e individuos, incluidos los adolescentes y las mujeres solteras. Los servicios de anticoncepción deben ofrecer información completa y asesoramiento, así como una amplia gama de anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia, los cuales deben ser parte de un programa integral que trate también otras necesidades de la salud sexual y reproductiva.

Durante todo el ciclo reproductivo de la mujer:

atención relacionada con el aborto

En todos los sistemas de salud deben existir servicios de alta calidad para el control y tratamiento de las complicaciones del aborto realizado en condiciones inadecuadas, aun cuando la interrupción voluntaria del embarazo esté penalizada. Los servicios requieren personal calificado y autorizado para tratar las complicaciones; equipo apropiado, protocolos de atención y redes de referencia efectivas. Las mujeres que presenten complicaciones en el aborto también deben tener acceso a otros servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar y procreación responsables.

En los lugares donde el aborto no es legal deben existir servicios seguros para la atención de las complicaciones y asesoría comprensiva y humanizada. Los trabajadores de la salud deben estar bien informados sobre el estado legal del aborto y, en aquellos casos permitidos por la ley, deben proveerlo sin presiones de ningún tipo. Las complicaciones de abortos inseguros deben ser tratadas con la mejor tecnología disponible.

En la adolescencia: servicios y educación en salud reproductiva

Todos los jóvenes deben tener información acerca de la sexualidad, la reproducción, la anticoncepción, la capacidad de tomar decisiones y las relaciones entre ambos géneros que los ayude a tomar decisiones sobre su sexualidad y a negociar entre la abstención de tener relaciones sexuales o tenerlas con protección. Los servicios y asesorías de salud reproductiva sensibles, respetuosos y confidenciales que se ofrecen a las adolescentes casadas y solteras deben poner énfasis en

la prevención de embarazos no deseados, el aborto en condiciones inadecuadas, la violencia sexual y las ETS.

Para la mujer y la familia: educar a la comunidad

Los temas claves de salud que se impartan a la mujer y su familia deben incluir cómo prevenir embarazos no deseados y evitar el aborto en condiciones de riesgo; cómo reconocer las complicaciones del embarazo y del parto y las complicaciones del aborto riesgoso; adónde acudir para el tratamiento de esas complicaciones y cómo reconocer los peligros de utilizar ciertos métodos tradicionales para la atención del embarazo y el parto. También es necesario educar a los varones (compañeros y maridos), a los líderes de la comunidad y a los legisladores para promover acciones efectivas dirigidas a la reducción de las muertes maternas y al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y de la condición social de la mujer.

Para los servicios de salud: auditoría de muertes maternas por medio de comités interdisciplinarios

La auditoría de las muertes maternas y de la morbilidad grave resulta un recurso clave para revisar las prácticas asistenciales, identificar los problemas relativos a la capacidad resolutoria de los servicios de salud y observar los problemas de accesibilidad de la población a los servicios. La experiencia internacional indica que la conformación de comités de mortalidad materna en los servicios es una estrategia eficaz para diagnosticar apropiadamente el problema y, con ello, intervenir de manera eficaz sobre las causas de las muertes maternas. También la experiencia acumulada hasta el presente ha permitido observar las ventajas de conformar comités de mortalidad materna multidisciplinarios (médicos, trabajadoras sociales, psicólogos, bioeticistas) que incluyan la participación de representantes de la comunidad y/u organizaciones de mujeres con experiencia en el trabajo en salud de la mujer.

LA MORTALIDAD MATERNA
ES UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS

La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto es no sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social. Como indica

Mahamud Fathalla, *“No sólo porque son mujeres que mueren en la plenitud de sus vidas [...] No sólo porque la muerte materna es una de las formas más terribles de morir [...] pero sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido evitados, y nunca debería haberse permitido que ocurrieran”* (Fathalla, 1997).

Las muertes maternas tienen raíces en la falta de poder de decisión y desigualdad de acceso de las mujeres al trabajo, a las finanzas, a la educación, a la atención básica de la salud y a otros recursos. También tienen raíces en la falta de servicios de salud (inexistencia de una adecuada red asistencial con servicios eficientes de referencia, mala distribución de los recursos) y/o en la capacidad resolutive deficitaria de los servicios de salud existentes.

Entre los derechos humanos actualmente reconocidos, tanto en las constituciones nacionales como en los tratados regionales e internacionales de derechos humanos, muchos pueden ser aplicados al problema de las muertes maternas. La mayor parte de estos tratados y convenciones está basada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Entre los más importantes pueden nombrarse: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979); la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (1950); la Convención Americana de Derechos Humanos (1969) y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (1981). Cada uno de estos tratados tiene un organismo de vigilancia que establece normas de desempeño para los países miembros y supervisa su cumplimiento mediante informes periódicos presentados por cada uno de ellos.

Para fomentar la maternidad sin riesgo se pueden aplicar los acuerdos internacionales de derechos humanos. Estos documentos, al igual que la mayoría de las constituciones nacionales, garantizan los derechos que siguen.

El derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona

Estos derechos requieren que los gobiernos provean el acceso a los servicios apropiados de salud durante el embarazo y el parto y garanticen que los ciudadanos puedan elegir cuándo y con qué frecuencia tener hijos.

El derecho a la conformación de las familias y la vida familiar

Estos derechos requieren que los gobiernos provean el acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales que las mujeres necesitan para formar una familia y disfrutar de la vida familiar.

El derecho a los servicios de salud (incluidas la información y la educación) y a los beneficios del progreso científico

Estos derechos requieren que los gobiernos provean el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluida la planificación familiar y la procreación responsables y la educación sexual.

El derecho a la igualdad y a la no discriminación

Estos derechos requieren que los gobiernos aseguren que toda persona (adulto o joven) tenga acceso a servicios (como educación para la salud y atención de la salud) sin importar el sexo, la edad, el estado civil, la raza o etnia o el sector social al que pertenece. Como ejemplos de políticas discriminatorias se pueden mencionar la necesidad de que la mujer cuente con el consentimiento de la pareja/marido para llevar adelante cualquier tipo de intervención, el requerimiento de la autorización de los padres para acceder a los servicios de salud reproductiva y las leyes que penalizan procedimientos médicos que sólo las mujeres necesitan.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS GOBIERNOS Y LA SOCIEDAD CIVIL
PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS?

Los gobiernos deben proveer un plan de trabajo que asegure la maternidad sin riesgo por medio de:

- reformar las leyes y políticas que contribuyen a la MM (por ejemplo, aquellas que restringen el acceso de las mujeres a información y servicios de salud reproductiva) e implementar leyes y políticas que protejan la salud de las mujeres;
- garantizar que todas las mujeres tengan acceso a información precisa y a una atención de buena calidad para el cuidado de su salud e involucrar a las mujeres en la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de los programas de salud.

La sociedad civil (líderes comunitarios, defensores de los derechos de las mujeres, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, organizaciones sociales) deben promover los derechos de las mujeres mediante:

- la promoción y el respeto de la libertad de las mujeres para elegir por sí mismas sobre su vida y su salud; el cuestionamiento de las prácticas injustas y la promoción de los derechos de las mujeres y, en particular, del derecho a la salud;
- ayuda a los varones para que comprendan el papel que desempeñan en la ampliación de las opciones para las mujeres y promover su responsabilidad en la vida sexual y familiar.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA ARGENTINA?

En la última década, la MM descendió en nuestro país sólo un 20%. Durante 1998, fallecieron 229 mujeres como consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (Ministerio de Salud, 2000). La tasa de mortalidad materna fue de 38 muertes por 100.000 nacidos vivos para todo el país. Si bien esta tasa es inferior a la de los países clasificados como de “alta mortalidad materna” (5-10 muertes por 10.000 nacidos vivos) es suficientemente alta con relación a otros parámetros que caracterizan a la Argentina (por ejemplo, la tasa de natalidad, el porcentaje de partos institucionales). La tasa de mortalidad materna correspondiente a 1998 fue de 23 por 100.000 en Chile y de 21 por 100.000 en el Uruguay.

Es importante destacar que según investigaciones realizadas en algunas jurisdicciones argentinas, el subregistro de muertes maternas sería de alrededor del 50%.

La tasa nacional encubre fuertes diferencias entre las provincias: Formosa presenta una tasa que casi cuadruplica el promedio nacional (164 por 100.000) y Chaco y Jujuy triplican la tasa nacional, con 130 y 131 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, respectivamente. A continuación pueden observarse las diferencias por jurisdicciones.

CUADRO 1. Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos según jurisdicciones. Argentina, 1988-1998

Jurisdicción/año	1988	1998	Diferencia en %
Capital Federal	27	3	-88,9
Buenos Aires	31	25	-19,4
Catamarca	53	25	-52,8
Córdoba	24	30	+25,0
Corrientes	97	44	-54,6
Chaco	91	130	+42,9
Chubut	45	36	-20,0
Entre Ríos	31	13	-58,1
Formosa	156	164	+5,1
Jujuy	123	131	+6,5
La Pampa	71	18	-74,6
La Rioja	71	16	-77,5
Mendoza	70	25	-64,3
Misiones	87	15	-82,8
Neuquén	19	29	+52,6
Río Negro	8	57	+612,5
Salta	108	55	-49,1
San Juan	95	86	-9,5
San Luis	36	25	-30,6
Santa Cruz	--	120	--
Santa Fe	35	44	+25,7
Santiago del Estero	81	50	-38,3
Tucumán	36	39	+8,3
Tierra del Fuego	--	--	--
Total del país	48	38	-20,8

Fuente: *La salud de las madres, los niños y las niñas: una apuesta por la vida*, Ministerio de Salud, 2000.

La estructura de causas de muertes maternas se presenta de la siguiente manera: 37,3% por aborto; 12,2% por hemorragia; 16,6% por toxemia; 21,4% por otras causas obstétricas directas, y 12,3% por causas obstétricas indirectas.

Como se observa, las complicaciones del aborto constituyen la primera causa de muerte materna, pues representan poco más de 1/3 del total.

Las causas obstétricas directas –directamente vinculadas con el estado grávido puerperal y no con la morbilidad preexistente– representan el 88,5% del total, lo que indica que se trata de mujeres supuestamente sanas que mueren por causas sólo relacionadas con el hecho reproductivo. Esto vincula indudablemente la mayor proporción de las muertes con la calidad de los servicios de prevención y tratamiento que influyen de modo directo sobre la vida reproductiva, como la planificación familiar para el caso de las complicaciones de abortos, la calidad de la atención prenatal para la detección de la toxemia y la capacidad resolutive de los servicios de tocoginecología para las hemorragias y las sepsis.

En cuanto a la morbilidad por aborto, la única aproximación para su estimación puede realizarse a partir de los datos sobre egresos por complicaciones de aborto en establecimientos públicos para el total del país. En 1995, los egresos por embarazos terminados en aborto fueron 53.978.

Este sintético panorama muestra que la Argentina no escapa a los problemas críticos que enfrenta la mayoría de los países en desarrollo. La tasa de MM resulta inaceptablemente alta. Aun frente a la evidencia comprobada del subregistro de las muertes maternas en nuestro país, el hecho de que la mayoría de las mujeres embarazadas asista a los controles prenatales, y que un altísimo porcentaje de los partos sean institucionales y atendidos por médicos, hace evidente que el contacto de las mujeres con los servicios de salud no está garantizando una atención adecuada y preventiva de los eventuales riesgos asociados con el embarazo y el parto.

Más aún, y en el caso particular de las muertes por aborto, el hecho de que, según muestran algunos estudios, las mujeres ingresan a los servicios por complicaciones de abortos en un estado físico-clínico que no compromete irreversiblemente su sobrevivencia nos habla de la inadecuada capacidad resolutive y de la mala calidad de atención de los servicios para tratar a estas mujeres y evitar sus muertes. Los estudios también informan acerca de que los servicios carecen de una política especialmente dirigida a estas mujeres para ofrecerles

asesoramiento anticonceptivo posaborto, de manera de ayudarlas a prevenir un eventual embarazo no deseado –y un aborto repetido– en el futuro inmediato.

FUENTES UTILIZADAS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Center for Population and Family Health, *Programas de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos*, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Columbia, Nueva York, 1992.

Family Care International y Grupo Interagencial para una Maternidad sin Riesgo, *La Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo: Hoja Informativa*, Nueva York, 1998.

Fathalla, M., Opening Address, Safe Motherhood Technical Consultation, Colombo, Sri Lanka, octubre de 1997.

Gogna, M.; Llovet, J. J.; Ramos, S. y Romero, M., “*Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social*”, en Filmus, D. e Isuani, A. (comps.), La Argentina que viene, Buenos Aires, FLACSO/Tesis Norma, 1998.

Maine, D., *Programas de reducción de la mortalidad materna: opciones y planteamientos*, Centro de Salud Pública y Familia, Publicación de Escuela de Salud, Facultad de medicina, Universidad de Columbia, Nueva York, 1992.

Ministerio de Salud, Secretaría de Atención Sanitaria, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales, *La salud de las madres, los niños y las niñas: una apuesta por la vida*, Buenos Aires, 2000.

WHO, *Reducción de la mortalidad materna. Articulado por WHO/UNFPA/UNICEF/Declaración del Banco Mundial*, Ginebra (ISBN 92 4 156195), 1999.

APÉNDICE

EL LARGO CAMINO A LA MUERTE MATERNA¹

En este relato verídico del viaje de una mujer de treinta y nueve años a través del Camino de la Muerte Materna, el doctor Mahmoud Fathalla, del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, destaca la necesidad de una ayuda temprana mediante la planificación familiar, como uno de los escalones esenciales hacia la maternidad segura.

Fátima murió durante el parto. Éste no es un hecho inusual. Se produce una muerte como la de Fátima, por el embarazo o por el parto, cada minuto en algún lugar del mundo subdesarrollado. Lo que sí es un hecho inusual es que el mundo ha comenzado a hacerse preguntas sobre esto.

Fátima murió en un hospital pequeño de una comunidad. El médico a cargo no tuvo dudas. Fue claramente un caso clínico, diagnosticado como un caso de hemorragia anteparto debido a una placenta previa –la placenta estaba implantada muy abajo en el útero–. Una paciente con esta condición inevitablemente desarrollaría una hemorragia anteparto. El médico buscó en la Clasificación Internacional de Enfermedades, codificó la causa de muerte como ICD 641.1.1., hemorragia debido a placenta previa, y cerró el caso.

Pero el hospital tenía un Comité para Investigación Confidencial para las causas de muertes maternas, conforme el sistema recomendado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. El Comité revisó en detalle la historia clínica de Fátima. Cuando fue admitida en el hospital en estado de shock debido a una severa pérdida de sangre, recibió fluidos en forma

¹ Este artículo del doctor Mahmoud Fathalla (ex presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia-FIGO), publicado en *People*, vol. 14, N.º 3, 1987, ha sido traducido por el Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina.

endovenosa. Sólo se contaba con medio litro de sangre para ser transfundida, lo que no resultó suficiente para compensar la pérdida de sangre que ya había tenido. Se le practicó una cesárea tres horas después de su llegada al hospital, cuando un especialista en obstetricia y otro especialista anestesiólogo se encontraron disponibles en el servicio. Murió durante la operación. El Comité clasificó la causa de muerte como “evitable”, debido a un defecto del servicio. Los miembros del Comité argumentaron que si se hubiera contado con la transfusión de sangre más rápidamente en el servicio, y si éste hubiera estado preparado para manejar mejor las emergencias, se habría podido salvar esa vida.

En esa área se estaba realizando un estudio de comunidad apoyado por la OMS, en el que se analizaban las necesidades insatisfechas en la atención de la salud materna. El estudio reveló nuevos datos acerca de las circunstancias en las que Fátima murió. Había tardado cuatro horas en llegar al hospital luego de la aparición de la pérdida de sangre. Esta pérdida no había sido la primera. Había tenido otros dos episodios menores de pérdida en el último mes de su embarazo, cuya gravedad no había sido tenida en cuenta. También sufría de anemia crónica por deficiencia de hierro, debido a una infección parasitaria, y nunca se había efectuado un control prenatal. El estudio concluyó que la causa de la muerte había sido, sin duda, la falta de servicios de atención materna en la comunidad. Si hubiera habido un transporte de emergencia, si hubiera tenido acceso a la atención prenatal y, con ella, al tratamiento de su anemia severa y a la atención de sus pérdidas de sangre, se habría podido salvar su vida.

Otro estudio apoyado por Family Health International estaba investigando las causas de la mortalidad en edades reproductivas y reveló aún más datos acerca de la muerte de Fátima. El estudio reportó que tenía treinta y nueve años, que había dado a luz a siete hijos, de los cuales cinco estaban vivos. Tres de ellos eran varones. No quería más hijos, y su embarazo, fuera de tiempo en términos de la edad y la paridad, aumentó el riesgo más de lo esperable. Nunca había usado un método de planificación familiar. El estudio concluyó que la causa de su muerte fue la falta de acceso a información sobre planificación familiar y ausencia de servicios apropiados. No habría muerto si no hubiera quedado embarazada.

El Population Council estaba apoyando un estudio sobre diferenciales socioeconómicos de la mortalidad cuando este caso comenzó a ser objeto de revisión, y de ese modo hubo más información. Fátima era una mujer analfabeta que vivía en una zona agrícola pobre. El estudio concluyó que su estatus socioeconómico la había puesto en riesgo de muerte materna, tres veces más que la del grupo con mejor estatus socioeconómico, y 100 veces más que el riesgo del país desarrollado más cercano.

En la historia de Fátima es claro que hay diferentes perspectivas para rastrear las causas de la muerte materna. Pero, ¿son estas perspectivas realmente diferentes o son parte de una triste situación? Para responder esto, volvamos a caminar los pasos de esta madre a través del *Camino de la Muerte Materna*.

Fátima se encontró en la puerta de entrada del Camino de la Muerte Materna por la condición socioeconómica de la comunidad en la cual vivía y por su estatus dentro de esa comunidad. No sólo el nivel de desarrollo era pobre, sino que tampoco tenía posibilidades de disponer de recursos económicos, independientemente de los ingresos de la familia. Hubiera tenido la posibilidad de acceder a una puerta de salida de seguridad si hubiera tenido igual acceso a la educación, al empleo y una mejor nutrición –si no hubiera sido discriminada como mujer.

Fátima se encontró caminando rápidamente cuesta abajo y su fecundidad excesiva fue su próxima parada. Fue su única contribución reconocida a la sociedad. Los niños eran los únicos bienes que podía producir, y su estatus como mujer dependía de su rol como madre. Cada vez que quedaba embarazada, Fátima enfrentaba el riesgo de ser empujada adelante en el camino, y su riesgo aumentaba acumulativamente.

Más aún, la fecundidad excesiva significó que la reproducción traspasaba los límites de una crianza segura. Continuó con su carrera reproductiva después de los treinta y cinco años y después, también, de su cuarto hijo. Podría haber tenido una puerta de salida del Camino de la Muerte Materna si hubiera tenido acceso a información sobre planificación familiar y servicios para no seguir trayendo hijos al mundo cuando ya no lo necesitaba o cuando ya no quería un hijo más. Pero Fátima nunca tuvo esa oportunidad.

Debido a su edad, su paridad y su estatus socioeconómico, sus embarazos pertenecían ahora a la categoría obstétrica de “alto riesgo”. Aumentó su vulnerabilidad a desarrollar serias complicaciones durante el embarazo y el parto. Pero todavía había una salida segura. Si hubiera tenido acceso a servicios de atención materna comunitarios, simples pero eficientes, su anemia severa podría haber sido tratada eficazmente, la significación y los efectos de sus episodios menores de pérdidas de sangre podrían haber sido reconocidos apropiada y oportunamente, su categoría de alto riesgo podría haber sido diagnosticada y podría haber sido derivada a un servicio que se hubiera encargado de atenderla.

Cuando, finalmente, desarrolló una complicación que atentó contra su vida –la hemorragia anteparto– había todavía una última alternativa de salida: un sistema de referencia accesible y eficaz. Pero éste no sólo no era accesible, sino tampoco eficaz. Perdió su última oportunidad.

El final de Fátima enseña varias lecciones que podrían ayudar a rescatar a millones de mujeres que ahora caminan por el Camino de la Muerte Materna.

Este camino es fácilmente accesible en diversos puntos a lo largo de su traccionero recorrido, comenzando por el pobre desarrollo socioeconómico, la fecundidad excesiva, el embarazo de alto riesgo y, finalmente, con las bien conocidas complicaciones que ponen en riesgo la vida. Las salidas o las vueltas seguras comienzan con un mejor estatus para la mujer (incluyendo nutrición, educación y empleo bien remunerado), luego información y servicios sobre planificación familiar, servicios de atención de la mujer embarazada en el nivel comunitario y servicios de obstetricia en el primer nivel de atención.

En los países desarrollados, el número de mujeres que toman este camino es reducido, usualmente se ubican en el final del camino y encuentran una salida de manera rápida. En los países subdesarrollados, el número es enorme, las mujeres se encuentran en el comienzo del camino y continúan transitándolo, y la salida no está a su alcance.

El mejoramiento de las condiciones socioeconómicas es una meta de largo plazo. Poner el freno a la fecundidad excesiva también es un camino largo. El

embarazo de alto riesgo, así se trate de un riesgo que antecede el embarazo o que se desarrolla durante éste, no puede ser completamente previsto. Las complicaciones del embarazo y del parto que ponen en riesgo la vida –hemorragia, toxemia, sepsis, parto obstruido y el aborto– no son siempre previsibles. Sin embargo, los peligros pueden ser acotados si se usan eficazmente puertas de salida. Por esto, las intervenciones socioeconómicas que mejoren el estatus de la mujer reducirán el número de mujeres que alcanzan una fecundidad excesiva. El acceso a servicios de planificación familiar reducirá el número de quienes llegan al punto de embarazos de alto riesgo. La detección temprana y el manejo de embarazos de alto riesgo reducirán el número de quienes llegan al punto de las complicaciones que ponen en riesgo la vida.

En tanto la mayoría de las mujeres que en los países subdesarrollados ingresan en el Camino de la Muerte Materna lo hacen al inicio de este camino, todas las salidas de seguridad deben ser anchas. Pero cuanto más anchas puedan ser las primeras salidas del camino, menor será la presión que se ejerza sobre las últimas salidas. Si los servicios de planificación familiar no están apropiadamente expandidos, la carga sobre la salida siguiente, los servicios comunitarios de atención materna, será mayor. Si estos servicios no son adecuados, la carga sobre el primer nivel de atención aumentará proporcionalmente.

Éstas son lecciones que aprendimos del análisis de las causas de la muerte de Fátima. Existen millones de mujeres como ella que marchan firmemente a lo largo del Camino de la Muerte Materna. Ellas están esperando un cambio seguro que, por ahora, sólo será encontrado por unas pocas.

ANEXO 2. CONSEJO NACIONAL DE LA MUJER Mujer y Salud. Nota técnica N.º 2* - Abril de 2001

LEYES DE SALUD REPRODUCTIVA: ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ?

INTRODUCCIÓN

Los avances en la definición y legitimación de los derechos humanos de las mujeres –especialmente en lo que concierne a su salud– resultantes de las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas de Derechos Humanos (Viena, 1993), de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995) son cuestiones básicas que se deben considerar en relación con el diseño y la implementación de leyes relativas a la salud reproductiva de la población, especialmente de las mujeres.

La salud sexual y la salud reproductiva, determinantes para la condición social de las mujeres, tienen un impacto decisivo en su desarrollo personal (tanto en el aspecto físico como emocional), en su calidad de vida y en sus oportunidades para integrarse plenamente a la vida social y política de una sociedad y ejercer de esta manera una ciudadanía plena.

Aunque los marcos legales deben proteger la salud reproductiva de mujeres y varones por igual, es innegable que las mujeres comprometen su cuerpo en la gestación, en el parto y en el puerperio, y están especialmente afectadas por los embarazos, en particular si éstos no son planificados. Por esta razón, las mujeres están interesadas en la promoción y protección de su salud reproductiva, y son potenciales o efectivas demandantes de servicios médicos, educativos y sociales que les permitan ejercer sus derechos reproductivos.

* Este documento fue elaborado por Silvina Ramos y Silvia Vázquez, con la colaboración del equipo del Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), sobre la base de materiales editados por organizaciones nacionales e internacionales especializadas en la materia. Se realizaron durante la gestión de la Dra. Carmen Storani como Presidenta del Consejo Nacional de la Mujer de la Argentina, 2000-2001.

Hemos optado por el uso del género masculino y no incorporar signos como la “@” para ofrecer una mayor fluidez en la lectura de los textos presentados.

Es deber y obligación del Estado posibilitar los medios para ejercer estos derechos básicos, en forma universal y gratuita, sin discriminaciones de ningún tipo, dando así cumplimiento a lo dispuesto por la Constitución de la Nación, diversas convenciones y tratados internacionales de derechos humanos que han sido incorporados a la Carta Magna en la reforma de 1994, y Plataformas de Acción que las naciones del mundo se han comprometido a implementar y que nuestro país ha suscripto.

Las Plataformas de Acción de las Cumbres Mundiales de Naciones Unidas proveen definiciones y compromisos básicos desde los cuales los gobiernos, los legisladores y las organizaciones de la sociedad civil pueden impulsar leyes de salud reproductiva, dentro de un marco de respeto y promoción de los derechos reproductivos en tanto derechos humanos. El propósito que anima estos acuerdos es alcanzar, en el más corto tiempo posible, estándares más elevados de desarrollo y bienestar, en el marco del más estricto cumplimiento de los derechos humanos universales.

Las leyes, por su parte, son una de las herramientas que los estados, los profesionales de la salud y las personas en general pueden utilizar para avanzar en el propósito de lograr el más alto estándar de salud reproductiva. Utilizándolas pueden impulsarse y afianzarse políticas públicas que, orientadas por determinados principios y garantizando determinados servicios, permitan alcanzar adecuados estándares de desarrollo físico, emocional y social de la población. Específicamente, las leyes de salud reproductiva en el nivel nacional y provincial, así como disposiciones similares en el nivel local, pueden contribuir a garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de la población, en tanto constituyen marcos normativos que orientan las prácticas de los prestadores públicos y privados, consagran derechos y establecen responsabilidades y obligaciones del Estado y de la sociedad civil en su conjunto.

LOS DERECHOS DE LAS MUJERES COMO DERECHOS HUMANOS

La base de los compromisos modernos sobre derechos humanos está dada por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948), en la que se plasman los acuerdos básicos sobre derechos humanos desde la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1945. El propósito de esa nueva organización supranacional era “reafirmar la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor

de la persona humana [...] en la igualdad de los derechos entre hombres y mujeres”. A esta declaración le siguieron diversos tratados internacionales, entre los que podemos señalar el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos; la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, los cuales actualmente tienen rango constitucional en nuestro país desde la reforma de 1994. Todos estos tratados de protección de derechos son aplicables a diversos campos, incluida la protección de la salud sexual y reproductiva.

En el punto 18 de la Plataforma de Acción de la Cumbre de Derechos Humanos desarrollada en Viena en 1993 se expresa que “los derechos de las mujeres y las niñas son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La cuestión de los derechos humanos de la mujer debe formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas, especialmente la cuestión de la promoción de sus derechos”. Cabe señalar que la Declaración de Viena, realizada en ocasión de la citada Cumbre, toma como base para su redacción los textos de la Declaración de Teherán y el texto de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), las que habían registrado sensibles avances en la definición y consideración de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, como en la garantía de igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos para mujeres y varones.

Más específicamente en el punto 41, la Plataforma de Acción de Viena reconoce “la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. En el contexto de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer se reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar [...]”.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre utilizó referencias genéricas a la “familia humana”, consagrando la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Sin embargo, 45 años más tarde pareció atinente declarar que los dere-

chos de las mujeres también son derechos humanos, con la misma jerarquía universal que los derechos consagrados por la Declaración Universal. En Viena quedó claramente explicitado que el derecho de las mujeres a la planificación familiar es un derecho inalienable e indivisible, y plenamente reconocido como parte de los derechos humanos universales.

LA CONSTITUCIÓN NACIONAL Y LA CONVENCIÓN
SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS
DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)

En 1994 la reforma de nuestra Constitución integró, mediante el artículo 75, inciso 22, varios tratados y convenciones internacionales entre los que se encuentra la Convención de la Mujer o CEDAW. El texto de esta Convención ha alcanzado desde entonces rango constitucional y de esta forma, derechos legitimados internacionalmente por los tratados internacionales quedaron integrados en nuestra Carta Magna, lo que supone un mayor grado de concreción y garantía en su ejercicio pues las normas de la Convención y de los tratados son obligatorias y de aplicación inmediata.

En el artículo 10 de la CEDAW, los estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. Esta norma es obligatoria, puede ser exigida por cualquier persona y su incumplimiento viola normas constitucionales.

Asimismo, en el artículo 12.1 de la CEDAW se expresa que los estados adoptarán “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condición de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

En el artículo 16 de esa Convención, los estados se comprometen a adoptar medidas que “[...] asegurarán condiciones de igualdad entre varones y mujeres en

los *‘derechos a elegir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos’*. Estos derechos a los que la Convención se refería en 1979 son hoy ampliamente reconocidos como derechos reproductivos.

LAS PLATAFORMAS DE ACCIÓN DE EL CAIRO Y BEIJING

Las Plataformas de Acción de las Cumbres Mundiales de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995) han expresado con vigor que los derechos a la salud reproductiva y a la autodeterminación están comprendidos dentro de varios derechos legalmente establecidos como derechos humanos. Los derechos son interdependientes, dado que cada uno depende en menor o mayor grado de la observancia de otro derecho. Por ejemplo, el derecho a la información, central en los principios legales relativos al cuidado de la salud como la decisión libre e informada, a menudo depende de la observancia de los derechos, particularmente de los niños, a la educación y a saber leer y a escribir. A medida que las disposiciones de los derechos humanos se aplican más vigorosamente a los intereses reproductivos, una nueva variedad de derechos aplicados emerge para servir al ejercicio de la salud sexual y reproductiva.

LOS DERECHOS RECONOCIDOS EN EL CAMPO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La siguiente enumeración intenta mostrar cómo y de qué manera específica los derechos humanos deben ser aplicados a la protección de los intereses vinculados con la sexualidad y la reproducción humanas. Todos los derechos listados a continuación se encuentran reconocidos en las convenciones y pactos internacionales de derechos humanos incorporados en la Constitución de la Nación y también en las Cumbres Mundiales de Naciones Unidas (Viena, El Cairo y Beijing).

El derecho a la vida y a sobrevivir

El derecho a la vida y a sobrevivir también debe ser aplicado a las vidas de las 580 mil mujeres que por año mueren en el mundo a causa de problemas en el

embarazo, el parto y el puerperio. En este sentido, la mortalidad materna es una realidad que desafía el derecho a la vida de muchas mujeres. En el Programa de El Cairo, los gobiernos se han comprometido (al igual que en el Programa de Beijing) a reducir la mortalidad materna para el año 2000 a la mitad de los índices del año 1990 y a reducir esos índices en otra mitad para el año 2015. También se comprometieron a cuidar a las mujeres en forma eficaz durante el embarazo, tanto respecto del cuidado de la salud como de la protección de la mujer trabajadora-madre, entre otros puntos, y a dar explicaciones acerca de los obstáculos que pudieran tener para alcanzar significativas reducciones en los índices de mortalidad materna en los niveles y plazos acordados. La “tolerancia” por parte de los gobiernos de altas tasas de mortalidad materna puede interpretarse como un indicador del valor que algunas sociedades asignan a la vida de las mujeres.

Las causas de la mortalidad materna son variadas y complejas. Por un lado, problemas de accesibilidad a los servicios de salud, atención inadecuada de los partos, barreras para la accesibilidad a métodos anticonceptivos eficaces e incluso inadecuada atención de los partos. Por el otro, desigualdades sociales entre las mujeres, las que suponen en muchos casos menor nutrición, inserción precaria en el sistema de educación, menores oportunidades de empleo y barreras socioculturales para tomar decisiones con respecto a su vida sexual y a su capacidad reproductiva, entre otras.

Nos detendremos especialmente en la falta de medios para regular la fecundidad y espaciar o limitar los nacimientos, pues esta barrera pone en peligro la salud y la sobrevivencia de las mujeres. Todos los embarazos y nacimientos acarrearán algún riesgo para la salud, pero éstos se incrementan considerablemente cuando los embarazos se dan en etapas riesgosas de la vida fértil de las mujeres –como antes de los dieciocho o luego de los treinta y cinco años, o de manera muy continuada– y/o cuando no son planificados o voluntarios. La maternidad segura debe garantizarse por medio de amplios cuidados de la salud reproductiva que incluyan el acceso a métodos anticonceptivos, el control del embarazo y la adecuada atención del parto. Esto no sólo redundará en un beneficio sobre la salud y la vida de las mujeres; existe evidencia inequívoca que muestra que un adecuado espaciamiento de los nacimientos promueve una reducción de la mortalidad infantil de alrededor del 20%. Sin embargo, en el mundo muchas mujeres carecen del poder suficiente

para determinar si quieren o no tener relaciones sexuales y para utilizar algún método anticonceptivo, dados ciertos valores culturales y patrones de relación entre los géneros que las colocan en situación de subordinación y/o violencia con respecto a sus compañeros, esposos o novios.

Por otra parte, la OMS estima que hay aproximadamente 20 millones de abortos por año en el mundo, realizados en condiciones riesgosas, cuya consecuencia principal es la muerte de 80 mil mujeres –lo que constituye un verdadero genocidio de género– y cientos de miles de discapacidades resultantes de intervenciones mal realizadas. Desde la Plataforma de El Cairo se ha llamado a los gobiernos a reconocer que el aborto clandestino es una de las principales causas de muerte materna, y por ende debe ser una de las mayores preocupaciones en el cuidado de la salud de las mujeres.

El derecho a la libertad y a la seguridad de la persona humana

Las disposiciones normativas que directa o indirectamente se orientan a reducir el crecimiento de la población o a alentarlo pueden, en algunos casos, violar la libertad y la seguridad de las personas por la realización de esterilizaciones o abortos forzados, o bien, en el otro extremo, por restricciones en el acceso a la anticoncepción o de acciones penales contra la ligadura de trompas o la vasectomía. La Recomendación General 19 del Comité de Seguimiento CEDAW reclama a los estados parte “asegurar que las medidas que sean tomadas para prevenir la coerción en lo que se refiere a fecundidad y reproducción, y para asegurar que las mujeres no sean forzadas a buscar procedimientos médicos inseguros como el aborto ilegal a causa de la falta de servicios apropiados para el control de la fecundidad [...] el principio de decisión libre e informada es esencial para el éxito de los programas de planificación familiar, sin forma alguna de coerción”.

La evidencia internacional indica que las mujeres más expuestas a sufrir la violación de sus derechos reproductivos son las mujeres de los sectores sociales más desprotegidos, las mujeres de clases populares y las pertenecientes a alguna minoría (como las aborígenes o las mujeres con alguna discapacidad). De acuerdo con los compromisos asumidos en las Plataformas de El Cairo y de Beijing, es obligación del Estado garantizar a estas poblaciones, en forma prioritaria, el acceso a

servicios de salud reproductiva, no sólo para hacer cumplir sus derechos, sino también para reducir la inequidad en el acceso a la salud reproductiva.

El derecho al más alto estándar de salud alcanzable

Este derecho está reconocido y consagrado en diversos tratados internacionales. En particular, las plataformas de El Cairo y de Beijing han avanzado en el reconocimiento del derecho al más alto estándar de salud reproductiva alcanzable. Ambas enfatizan la importancia de que los servicios de salud reproductiva sean accesibles y aceptables, suministrados a lo largo de todo el ciclo vital de las mujeres. La cualidad de “aceptable” implica que los servicios deben incorporar una perspectiva de género en la atención, esto es, conceder un especial interés al trato no discriminatorio, ni violento o vejatorio de las mujeres y jóvenes en los servicios de atención de salud reproductiva, incluyéndose los derechos de las pacientes a recibir una atención que respete su dignidad humana, sus intereses y preferencias de todo orden.

En El Cairo los estados se comprometieron a “hacer accesible a todos los individuos la salud reproductiva a través de servicios de atención primaria de la salud [...] a atender las necesidades de planificación familiar de la población tan pronto como sea posible, y antes del año 2015 [...] proveer acceso universal a una amplia gama de métodos de planificación familiar seguros y confiables y de servicios de salud reproductiva complementarios que no estén en contra de la ley”.

La necesidad de satisfacer las demandas de planificación familiar es inmensa y constituye un gran desafío que deben enfrentar los gobiernos para garantizar los derechos humanos de la población, especialmente de las mujeres. Según la OMS, la mitad de los embarazos que ocurren anualmente en el mundo no son planeados, y la cuarta parte de ellos no son queridos (OMS, 1998).¹

1 Un reciente documento sobre salud reproductiva y procreación responsable producido por la autoridad de Salud de la provincia de Buenos Aires consigna que pese a ser la provincia más poblada del país, cuenta con un índice de natalidad de 17 por mil –levemente superior al índice más bajo de la república: el 13 por mil correspondiente a la Capital Federal–. Estos índices revelan que la población, especialmente las mujeres en edad fértil, usan alguna forma de anticoncepción, aun por fuera del sistema de salud público o privado. Según investigaciones del INDEC de 1995, en el conurbano bonaerense alrededor del 38% de las mujeres usa algún método anticonceptivo. Asimismo, los servicios de salud de algunos municipios bonaerenses –como Magdalena– han relevado, con encuestas propias realizadas sobre puérperas en los hospitales públicos locales cifras que corroboran la tendencia expuesta en el documento de la OMS: la mitad de los nacimientos registrados fueron fruto de embarazos no planeados, y de ellos el 25% han sido no queridos. Por último, los diagnósticos de situación realizados por equipos del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires sobre la base de proyecciones de las tasas de mortalidad materna y los registros de internación por complicaciones luego de un aborto revelan, a pesar de la falta de registros confiables, que el número de abortos provocados podría duplicar el número de nacidos vivos, que para esta provincia es de 240 mil por año. En estos números estremecedores encontramos la fundamentación y prioridad para los planes dirigidos a la disminución de la morbilidad materna, por medio de una variedad de acciones, especialmente la atención de la salud reproductiva de adolescentes y mujeres.

Los gobiernos también se han comprometido a actuar en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del VIH/sida proveyendo información y servicios de asesoramiento y tratamiento para quienes sufren estas enfermedades.

El derecho a acceder a los beneficios del progreso científico

Este derecho implica que los gobiernos deben promover la investigación y el progreso científico en el campo de la salud reproductiva, especialmente en lo que respecta a los avances en anticoncepción de emergencia, tratamientos de infertilidad y métodos alternativos para la prevención de las ETS. En relación con los métodos de prevención del sida, se indica que también deben promover la investigación de métodos que estén bajo el control de las mujeres, para sustituir el uso del preservativo masculino o para ser usados en combinación con este método.

El derecho a la información y a la educación

Para que este derecho se cumpla, los gobiernos deben promover la remoción de las barreras legales, médicas, clínicas y regulatorias a la información sobre salud reproductiva y a mejorar la calidad de la atención en esta área. La interposición de prescripciones religiosas o morales que impiden a los individuos acceder a la información adecuada sobre su salud sexual y reproductiva es una violación de sus derechos individuales. Más aún cuando las prescripciones de una determinada religión orientan las normativas que rigen la vida del conjunto de la sociedad.

Las estadísticas mundiales indican que la educación de las mujeres corre con desventaja respecto de la de los varones y las investigaciones demuestran que el derecho a la educación es primordial para la mejora de la salud reproductiva de las mujeres, incluyendo la sobrevivencia de los nacidos y el crecimiento saludable de los niños.

En las Plataformas de El Cairo y de Beijing se urge a los gobiernos a eliminar las barreras para la escolarización de mujeres casadas, jóvenes embarazadas o madres adolescentes y a proporcionar información y educación a los adolescentes, especialmente en lo relativo a su salud sexual y reproductiva, mediante programas que sean accesibles a su comprensión. También se insta a los gobiernos a desarrollar acciones para brindar información y asesoramiento sobre métodos

anticonceptivos y de prevención de ETS y VIH/sida y suministro de estos métodos a la población en su conjunto.

El derecho a tener una familia y a la vida privada

Este derecho está consagrado en la Constitución Nacional (artículos 14 y 19) y en los tratados internacionales. Las ETS y otras afecciones de los órganos genitales y del aparato reproductivo ocasionan en muchos casos infertilidad, especialmente en las mujeres. La falta de programas de prevención y tratamiento de las ETS impacta negativamente en los derechos de las personas a formar una familia y tener hijos. Las Plataformas de El Cairo y de Beijing instan a los gobiernos a proteger estos derechos proporcionando los servicios médicos necesarios para prevenir y tratar estas causas de infertilidad y con ello garantizar el más alto estándar de salud posible.

Por otro lado, los acuerdos también señalan la necesidad de desalentar los casamientos a edades muy tempranas con el fin de favorecer condiciones de salud óptimas, especialmente de las mujeres. La OMS señala que los embarazos ocurridos en las edades más adecuadas (especialmente entre los 19 y 35 años) redundan en una disminución de la morbilidad materna e infantil.

El derecho a la no discriminación

- *Discriminación sexual y de género*

La CEDAW identifica la necesidad de enfrentar el conjunto de las causas sociales de la desigualdad que sufren las mujeres al señalar “todas las formas de discriminación”.

La discriminación sexual y la de género responden a una construcción cultural, social y psicológica. El intento de impedir u obstaculizar que las adolescentes embarazadas o madres continúen con su educación –cuando esta disposición proviene de leyes o políticas educativas– es un ejemplo de discriminación por sexo, pues esta situación afecta exclusivamente a las adolescentes mujeres. Por otro lado, cuando en un servicio de salud se requiere que el varón –marido o compañero– autorice a la mujer para recibir determinada prestación de salud sexual o reproductiva, se está produciendo una discriminación de género, al cercenar la autonomía de las mujeres a decidir cuándo y cuántos hijos tener.

- *Discriminación según el estado civil*

El derecho de las mujeres y de los varones a casarse y fundar una familia no expresa una precondition para que ambos accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva. Claramente, los niños y las niñas tienen el derecho al tratamiento médico para eliminar los problemas que puedan perjudicar su vida reproductiva, como la criptorquidia –el no descenso de un testículo– o la obstrucción de las trompas de Falopio, antes de su adolescencia o de su casamiento.

Si las convenciones y las leyes reconocen que las mujeres tienen derecho a la protección de su embarazo y de la maternidad sin tener en cuenta si son casadas o no, esto debe aplicarse también a su derecho a acceder a métodos para regular su fecundidad. Cualquier posición que regule el acceso a los servicios de salud reproductiva según sea el estado civil de la mujer es una acción discriminatoria por género ya que es desconocer la igualdad de trato y oportunidades entre varones y mujeres.

En la vida cotidiana, los varones pueden facilitarse unos a otros profilácticos, pero las mujeres necesitan la intervención de servicios médicos para acceder a la mayor parte de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles, dado que necesitan del consejo profesional médico pues no todos los métodos son apropiados para todas las mujeres ni todos los métodos resguardan por igual su salud, conforme el estado físico-clínico de la mujer.

La discriminación sexual y los estereotipos culturales hacen que la responsabilidad de evitar los embarazos recaiga casi exclusivamente en las mujeres. Por lo tanto, si se ejerce algún tipo de discriminación que les impide acceder a servicios de anticoncepción se las está colocando en una situación de injusticia y violencia.

- *Discriminación racial*

La discriminación racial impacta de la misma forma que la edad y el sexo en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, en tanto produce un acceso diferencial a las minorías raciales o étnicas. Si a la condición de minoría racial o étnica se le suman las condiciones desventajosas de desarrollo

económico y social de la comunidad –como malos servicios de salud y educación–, estaremos frente a situaciones de máxima vulnerabilidad, especialmente para las mujeres y niñas.

- *Discriminación en razón de la edad*

Según la Convención sobre los Derechos del Niño, los estados parte se comprometen a “asegurar que ningún niño, niña o adolescente puede ser privado de su derecho a acceder a servicios de cuidado de la salud”. También se señala que no se los puede discriminar en razón de su edad.

En la Plataforma de El Cairo se expresa con claridad que los adolescentes han sido un grupo largamente ignorado por los servicios de salud reproductiva existentes. Frente a ello, hoy las altas tasas de embarazo infantil y adolescente han resultado epidémicas, mostrando la incompreensión y la falta de responsabilidad de los gobiernos frente a esta problemática.

En El Cairo se hicieron también llamados a eliminar las barreras que impiden a los adolescentes el acceso a la información y al cuidado de su salud reproductiva. Para ello los gobiernos deben asegurarse de que los programas y la actitud de los profesionales de la salud sean adecuados, que no restrinjan el acceso a este grupo de población y que “protejan y promuevan los derechos de los adolescentes a la educación, la información y el cuidado de la salud reproductiva, en orden a reducir las ETS y el número de embarazos adolescentes”.

Es un prejuicio de algunos adultos que los adolescentes no están interesados en la actividad sexual y que resulta inapropiado para ellos interesarse en su sexualidad, pero este prejuicio no contempla la realidad cotidiana de muchos jóvenes. Disponer de información sobre salud sexual y reproductiva no adelanta la edad del inicio sexual de los adolescentes sino que, por el contrario, existe evidencia que indica que la retrasa y/o mejora la actitud y responsabilidad hacia su sexualidad. Por otra parte, el no ser activo sexualmente a determinada edad no refleja, necesariamente, desinterés por estar informado adecuadamente sobre sexualidad, y éste es, sin duda, un aspecto madurativo que no debe ser descuidado.

Por lo tanto, impedir el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes en razón de su edad es un acto discriminatorio. Por el contrario, garantizar servicios que respeten su confidencialidad y privacidad es atender sus derechos humanos fundamentales.

- *Discriminación por discapacidad*

La necesidad de una vida sexual segura y saludable de las personas con alguna discapacidad, especialmente mental, ha sido históricamente negada y descuidada. Los derechos de las personas especiales a no ser discriminadas incluyen la protección de abusos sexuales y de enfermedades, y también la posibilidad de alcanzar una vida sexual satisfactoria y saludable. Esto último supone un avance en la concepción de los derechos humanos de las personas con alguna forma de discapacidad.

- *Discriminación por orientación sexual*

Los tratados internacionales identifican en forma creciente la discriminación por orientación sexual como una violación a los derechos humanos. En tal sentido, impedir a las personas homosexuales el acceso al cuidado de su salud sexual y reproductiva, especialmente en lo referente a prevención de las ETS –en particular el VIH/sida– es un acto condenable por la ley y la comunidad internacional. Revelar la condición de portador de una ETS de cualquier persona, sea cual fuere su orientación sexual, constituye una violación a la intimidad y a la confidencialidad.

LOS DEBERES DE LOS ESTADOS PARA IMPLEMENTAR LOS DERECHOS HUMANOS

De acuerdo con las convenciones internacionales de derechos humanos se ha construido una útil estructura de derechos que obliga a los estados parte a garantizar que:

- se respeten los derechos humanos;
- se protejan los derechos humanos, y
- se cumplan los derechos humanos.

Se respeten los derechos humanos

La obligación de los estados de respetar los derechos humanos está asegurada por mecanismos e instituciones internacionales. Desde la creación de los Tribunales Internacionales Penales, las personas pueden apelar individualmente ante cualquier violación de sus derechos humanos. Con anterioridad a esta innovación, los estados eran los únicos sujetos de derecho reconocidos, y en ese sentido, sólo un país podía presentarse ante los tribunales de La Haya a denunciar la violación de los derechos humanos en otro país.

Los estados parte están comprometidos por los textos de las convenciones y tratados internacionales que suscriben a que se respeten los derechos humanos de las personas en su jurisdicción y en todo lo que de ellos dependa.

En particular, el Estado no puede interferir impidiendo que las personas alcancen sus propias metas de salud sexual y reproductiva en el ámbito privado y confidencial. No puede impedir que las mujeres accedan a servicios de salud reproductiva por el hecho de que no están casadas, o a reclamar el consentimiento previo de los maridos. No se puede violar la confidencialidad de la información médica –como resultados de tests sobre ETS y VIH/sida, embarazo, etc.– ni obligar a una mujer a realizarse un test sin su consentimiento y debidamente informada. Por el contrario, dados los compromisos internacionales suscriptos por nuestro país y, en particular, dada la incorporación en la Constitución de la Nación de los tratados y convenciones de derechos humanos, el Estado está obligado a garantizar esos servicios.

Se protejan los derechos humanos

Se trata de la acción que el Estado realiza cuando interviene ante la violación de algún derecho por parte de terceros o de organizaciones, o por parte de algún organismo estatal. Es creciente la preocupación por entender judicialmente en la protección de los derechos humanos a través de tribunales específicos en el nivel nacional e internacional. Los estados no pueden delegar estas facultades en terceros, y son responsables internacionalmente por su accionar.

En el caso de una violación cuyo ejecutor no fuera sentenciado, el Estado sería responsable por no tomar medidas positivas para impedir que los derechos

humanos de una persona sean violados por otra. El Estado habría cometido una falta en la protección de los derechos humanos por el hecho de no disponer de las normas adecuadas para juzgar y condenar al violador y para disuadir a los potenciales violadores.

También en el caso de la mortalidad materna, las altas tasas que muchos países del mundo registran colocan a sus respectivos estados frente a la situación de implementar políticas efectivas para proteger el derecho a la vida de las mujeres. No hacerlo supone el incumplimiento de su deber de proteger los derechos de las personas.

Se cumplan los derechos humanos

Para ello, los estados deben garantizar la sanción de leyes, mecanismos administrativos, judiciales, presupuestarios, económicos, entre otras medidas, para hacer efectiva la realización de los derechos humanos de la población.

Las mujeres tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva por sus propios medios o a través de los servicios que el Estado les proporcione. Si los estados no tuvieran las facilidades necesarias para asegurar el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, estarían incumpliendo con su obligación. Los datos sobre egresos hospitalarios por complicaciones de abortos inseguros, las estimaciones sobre abortos clandestinos, las cifras de embarazos no planeados, el crecimiento de la epidemia de VIH/sida, entre otros indicadores, revelan en qué medida los servicios de salud reproductiva (anticoncepción, prevención de ETS y VIH/sida, educación sexual) son efectivamente accesibles para la población.

LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y LA NECESIDAD DE SANCIONAR LEYES QUE LES OTORGUEN FUERZA LEGAL

Los tratados internacionales son aplicados mediante leyes nacionales, provinciales y por normas de alcance municipal. En el caso de la Argentina, la mayor parte de los tratados y las convenciones internacionales de derechos humanos tienen rango constitucional y, en ese sentido, son de aplicación inmediata. No obstante,

las leyes facilitan la comprensión y la aplicación de los tratados por parte de las autoridades administrativas y de la Justicia que los interpreta y habilitan un mecanismo adicional para el resguardo de los derechos consagrados en esos tratados.

LOS GOBIERNOS Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS
SOBRE LOS ESTÁNDARES EN DERECHOS HUMANOS

Existen mecanismos internacionales de monitoreo sobre el comportamiento de los países en cuanto al respeto y la garantía de los derechos humanos universales. También existen mecanismos internacionales para monitorear los logros de los estados respecto de la salud reproductiva de la población.

Los estados no tienen derecho a tratar a los ciudadanos en forma inhumana y degradante, situación que ha quedado expresamente consagrada desde 1945, luego de la experiencia vivida bajo el nazismo. Los derechos humanos fundamentales son materia de preocupación internacional y no solamente una cuestión de interés y/o incumbencia nacional. En tal sentido, no puede apelarse a la soberanía nacional ni a la independencia de los estados en esta materia para justificar violaciones a los derechos humanos de la población.

Algunos tratados y convenciones tienen comités de seguimiento a los que los estados deben elevar informes anuales de situación. Por ejemplo, en el caso de la CEDAW, los estados se han comprometido a “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en el ámbito de la salud en orden a asegurar el acceso a servicios de salud, incluyendo los de planificación familiar”, y a asegurar a las mujeres “el derecho a elegir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los nacimientos y a tener acceso a la información, educación y medios para ejercitar esos derechos”. Los comités de vigilancia como el de la CEDAW están atentos a señalar las fallas de los estados en la defensa, la promoción y la garantía del ejercicio de los derechos humanos.

Las organizaciones no gubernamentales participan activamente en estos comités de seguimiento, aportando información sobre las condiciones de salud, los casos de violencia, la situación de la morbilidad materna e infantil, la

atención de los abortos, etc., información que permite observar los deberes de los estados en el resguardo de los derechos de la población.

El comité de seguimiento de la CEDAW ha requerido a muchos países, sobre la base de la información provista por la sociedad civil organizada, la implementación de programas de educación sexual e información adecuados y servicios de salud reproductiva accesibles a toda la población, para garantizar a las mujeres el derecho a decidir cuándo tener hijos. A partir del Protocolo, se puede denunciar ante la CEDAW el no cumplimiento de esta Convención.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA VIDA PRIVADA

Las definiciones de las plataformas de acción de las cumbres mundiales de El Cairo y de Beijing reconocen a las mujeres como sujetos de derecho, con la facultad de exigir a sus gobiernos políticas públicas que, entre otros puntos, les den respuestas efectivas para el cuidado de su salud, les brinden información adecuada y la garantía para ejercer sus derechos humanos libremente, sin discriminación ni violencia o coerción de ningún tipo.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos porque contemplan:

- el total respeto a la persona humana;
- la realización plena, segura y libre de su vida sexual;
- la libre opción de la maternidad/paternidad, y
- la planificación familiar voluntaria y responsable.

Estos derechos universales carecerían de valor para ser aplicados en la vida cotidiana de las personas si no se garantizase su acceso igualitario, sin distinción de sexo, edad, condición cultural, económica, etc. A estas condiciones habilitantes se accede mediante el ejercicio igualitario de la salud reproductiva, que comprende no solamente la ausencia de enfermedades en el proceso reproductivo, sino el desarrollo de este proceso en estado de bienestar físico, mental y social, en el sentido de promoción de la salud.

La OMS define el logro de la salud reproductiva por medio de cuatro objetivos fundamentales expuestos a continuación.

- Que todas las parejas tengan la posibilidad de reproducirse y regular su fecundidad.
- Que toda mujer pueda gozar de un embarazo y de un parto con total seguridad de salud.
- Que el resultado sea exitoso, tanto en términos de la sobrevivencia como del bienestar de la madre y del niño.
- Que todas las parejas puedan gozar de relaciones sexuales sin miedo a un embarazo no deseado o a contraer enfermedades.

Los derechos de las personas a regular su fecundidad, a determinar cuándo y cuántos hijos tener y a tenerlos sin peligro de enfermedades ni temores a contraerlas son, como ya se expresó, derechos humanos reconocidos por convenciones internacionales y que han sido legitimados por nuestra Constitución. El Estado se ha comprometido a promover y garantizar esos derechos, reconociendo que la sexualidad y la reproducción humanas son aspectos fundamentales de las personas, cuya práctica se desarrolla en la vida privada e íntima. Sin ofender el derecho a la privacidad de los actos de las personas, cuando garantiza el derecho a la salud sexual y reproductiva y su ejercicio libre y responsable el Estado se compromete a garantizar un marco de derechos que permita el desarrollo en plenitud de los derechos humanos.

PROPUESTAS PARA LA REDACCIÓN DE LEYES DE SALUD
REPRODUCTIVA Y/O DE PROCREACIÓN RESPONSABLE

En las primeras secciones de estas notas técnicas se han desarrollado los fundamentos básicos de ciertos marcos normativos –como la CEDAW y las convenciones de Viena, El Cairo y Beijing– y se han abordado específicamente las cuestiones de los derechos humanos de las mujeres, los derechos a la salud sexual y reproductiva dentro de las garantías universales, y una serie de definiciones contenidas en esas plataformas de acción de las cumbres mundiales que atañen a la promoción de los derechos de las mujeres, introduciendo la perspectiva de género en las formas de garantizar su ejercicio.

A continuación presentamos algunas propuestas para la formulación de leyes de salud reproductiva.

Objetivos de la ley

- Cumplir la Constitución de la Nación (artículo 75, inciso 22), especialmente la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, específicamente en sus artículos 10, 11, 12 y 14.
- Disminuir los índices de morbimortalidad materno-infantil.
- Asegurar a las personas el ejercicio libre, responsable e informado de sus derechos reproductivos, sin discriminar por sexo, edad, estado civil o cantidad de hijos.
- Establecer mecanismos que garanticen el acceso igualitario a los servicios de salud reproductiva a todas las personas que lo requieran, y de manera gratuita para aquellos sectores sin cobertura social y desempleados.
- Garantizar que a través de los servicios de salud reproductiva estén a disposición los medios para ejercer los derechos reproductivos: información, asesoramiento, controles de salud, prescripción y suministro de métodos anticonceptivos (todos aquellos regulados y aprobados por el ANMAT en el ámbito de la Argentina), prácticas médicas necesarias, asesoramiento y medios para la prevención de las ETS y del VIH/sida, etcétera.
- Incorporar las prestaciones médicas y farmacológicas del programa de salud reproductiva al Plan Médico Obligatorio (PMO) para que estas prácticas sean incluidas en igualdad de condiciones con otras prestaciones.

Contenidos de la ley

Para asegurar su eficacia como herramienta de políticas públicas, toda ley de salud reproductiva debe contemplar las siguientes cuestiones.

Principios legales que deben estar presentes en la relación entre el paciente y el proveedor o servicio de salud

- *Decisión informada*
También puede denominársela “consentimiento informado”. Significa que los profesionales intervinientes deben garantizar toda la información

para que el paciente decida, sin ocultamientos ni manipulación de ningún tipo. Los profesionales tienen la obligación de proveer información adecuada a los estilos de vida y prácticas sexuales de los pacientes. En este caso, las valoraciones morales o religiosas de los profesionales no pueden devenir en prejuicios u omisión de información.

- *Decisión libre*

Los profesionales deben alertar a los pacientes sobre la necesidad de que su decisión sea enteramente libre, aunque en general esté influida por su entorno familiar, social o cultural. Las recomendaciones de los profesionales deben ser formuladas en el entero beneficio de la salud reproductiva de los pacientes. A su vez, las decisiones de los pacientes deben ser autónomas y relativas a sus propios estándares de salud y bienestar. Muchas veces la decisión libre está condicionada por los costos de las prácticas médicas, por lo que los profesionales deberían ofrecer alternativas a aquellas prácticas que impliquen costos restrictivos para ampliar los márgenes de decisión de las personas. Por ejemplo, los vademécum de obras sociales o medicina prepaga deben ofrecer medicamentos con amplitud de precios para que tanto los profesionales como los pacientes tengan mayor facilidad de opciones.

- *El rol de terceros*

La autorización de la pareja o esposo: las personas adultas en plenitud de sus facultades tienen autonomía de decisión relativa a la atención de su salud, y no se requiere el consentimiento de terceros, aunque se trate de la pareja. Esto incluye a menores legalmente emancipados ante la ley. El requerimiento por parte del profesional de la aprobación o consentimiento de la pareja o esposo como condición previa a brindar un servicio o consejo sobre salud sexual o reproductiva puede ser violatorio de los derechos a la confidencialidad y resulta discriminatorio en razón del género.

La autorización paterna/materna: a medida que los niños crecen, desarrollan inteligencia, habilidades y madurez de forma que están en condiciones de hacerse cargo de la responsabilidad sobre diferentes actividades y decisiones de sus vidas. La Convención sobre los Derechos del Niño establece que es necesario prestar atención a las capacidades evolutivas de los

niños, niñas y adolescentes. Aunque los adolescentes adquieran total emancipación legal luego de los veintiún años, acceden a derechos civiles y a la posibilidad de ejercer determinadas actividades a los dieciocho años, y aun antes de esa edad. En el nivel de la prestación de salud no existe limitación acerca de la edad para recibir un tratamiento médico, y tampoco se explicita una edad para el consentimiento. Pero la práctica indica que de no mediar impedimentos como una discapacidad mental, el consentimiento puede ser dado cuando media la plena comprensión de la información recibida, de los alcances, los beneficios y las contraindicaciones de una práctica médica. Un médico que se negase a atender a un adolescente que requiera información sobre salud sexual y reproductiva en razón de su edad puede incurrir en abandono de persona.

De la misma forma, puede violar el derecho a la confidencialidad y la privacidad de los actos si informara a los padres o requiriera la autorización previa del padre, madre o tutor. Si el adolescente no solicita autorización paterna o materna para iniciar una vida sexual activa, y se considera maduro y preparado para la consulta médica con el fin de informarse sobre su salud sexual y reproductiva, impedir el acceso a la información y a los servicios adecuados a su edad y a sus necesidades puede constituir una violación a sus derechos. Especialmente en lo referente a la protección contra las ETS y el VIH/sida, la violación de estos derechos puede importar un riesgo para la propia salud y el derecho a la vida.

- *Privacidad*

El derecho a la privacidad contempla la posibilidad de tener control sobre la información individual de que dispone, por ejemplo, un médico. Los profesionales están obligados a mantener la confidencialidad sobre la información que posean de sus pacientes.

- *Confidencialidad*

El derecho a la confidencialidad es un aspecto crítico de la relación médico-paciente en los servicios de salud sexual y reproductiva. Muchas de las cuestiones relacionadas con la vida sexual de las personas no son discutidas abiertamente en el seno de las familias o de las parejas, y existen diferentes

contextos culturales que favorecen o desalientan una conducta más abierta sobre la información sexual. Por ejemplo, si un adolescente no está plenamente seguro acerca de la confidencialidad de la consulta médica, puede verse desalentado a realizarla, en razón de su preocupación acerca de la posibilidad de que su actividad sexual sea revelada a los adultos mayores, tanto en el hogar como en la escuela. Los profesionales deben garantizar la confidencialidad de la información que poseen sobre los pacientes, salvo requerimiento judicial.

Asimismo, los pacientes tienen el derecho a recibir información acerca de la seguridad y la eficacia de los procedimientos, prestaciones médicas y farmacológicas y métodos utilizados.

Las prestaciones médicas y farmacológicas deben estar guiadas por los procedimientos usuales de la medicina y por la garantía de que son seguras y saludables para los fines perseguidos. En el caso de las drogas, los laboratorios son responsables por la calidad y la seguridad de los medicamentos que proveen. Los médicos son responsables de prescribir los medicamentos y las prácticas de la mejor calidad, adecuados a las necesidades y el bienestar del paciente.

- *Objeción de conciencia*

Los prestadores de servicios de salud y los profesionales de la salud pueden acceder mediante reclamos reconocidos legalmente a lo que se denomina “objeción de conciencia”, mecanismo por el cual una persona solicita ser eximida de realizar alguna práctica médica que objeta por sus creencias religiosas o filosóficas. En la mayoría de los casos estas objeciones se relacionan con la práctica del aborto o la esterilización.

La objeción de conciencia es normalmente inaplicable a casos de emergencia o de riesgo para la vida del paciente. Esto no debe violar la conciencia de los médicos, aunque involucre el aborto o la esterilización, dado el principio de “doble efecto”, que estipula que una acción que tiene un objetivo benéfico para la salud de una persona debe ser realizada aunque tenga consecuencias colaterales indeseadas pero inevitables.

Los objetores de conciencia están obligados a derivar a los pacientes a otros profesionales o servicios de salud que garanticen las prácticas adecuadas. El servicio de salud –servicio de atención primaria u hospital– debe garantizar la asistencia a la persona que la requiera. El principio de objeción de conciencia no puede comprender al servicio de salud en su integridad.

El objetor de conciencia en un servicio público de salud también debe serlo en el ámbito de la consulta privada. La objeción de conciencia debería manifestarse mediante instrumento público y ante las asociaciones médicas que el profesional integre, las que deberían informar sobre esta condición en sus cartillas.

Los principios en el suministro de servicios de salud reproductiva incluyen las siguientes acciones.

- Información, asesoramiento y provisión de métodos de anticoncepción, incluidas prácticas médicas para la colocación de los métodos que lo requieran. Los métodos anticonceptivos serán todos aquellos reconocidos y aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT): hormonales (pastillas, inyecciones), dispositivos intrauterinos, químicos (espermicidas en crema o espuma, etc.), de barrera (diafragma, condones femeninos y masculinos), y todo otro que el progreso científico provea en el futuro dentro del marco legal, así como los métodos de abstinencia periódica (Billings, Ogino Knaus).
- Cuidados para la regulación de la fecundidad. Cuidados durante el embarazo, el parto y el posparto, incluyendo acceso a servicios obstétricos de emergencia y cuidados neonatales de los recién nacidos.
- Análisis para el diagnóstico y tratamiento del cáncer génito-mamario y para las ETS, en varones y mujeres.
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad tanto para mujeres como para varones.
- Servicios para derivar complicaciones que requieran cuidados especiales.
- Asesoramiento e información en cuidados preventivos, promoción de la salud y acceso a diferentes opciones de tratamiento.

- Detección de problemas y riesgos con consecuencias para la salud reproductiva, como la violencia contra las mujeres, violencia doméstica, etcétera.

Efectores

Los efectores de los programas de salud reproductiva provinciales o municipales serán los servicios de salud de esas jurisdicciones, con la supervisión de los ministerios, secretarías o subsecretarías de salud que correspondan.

Una política de salud reproductiva integral incluye la realización de acciones coordinadas con otras áreas de gobierno. Es especialmente recomendable la articulación transversal con las áreas Mujer provinciales o municipales, según la jurisdicción, de forma de garantizar con esta intervención la mirada de género en la implementación de los programas.

Estos efectores y los organismos articulados tendrán la obligación de realizar la capacitación permanente del personal afectado al servicio de salud sexual y reproductiva. Se fomentará la creación de equipos de abordaje interdisciplinario, especialmente de salud, trabajo social y psicología, para la atención de las demandas de los pacientes y sus problemáticas, en particular para la detección de violencia sexual y doméstica. Asimismo, se fomentará la actualización de los registros estadísticos de las prestaciones, las demandas de servicios, etc., para realizar un seguimiento apropiado de la efectividad de los programas.

La existencia de una clara asignación presupuestaria que contemple la compra de insumos básicos, así como la disponibilidad de los recursos humanos calificados necesarios para el desarrollo de las acciones comprometidas constituyen una condición clave para la implementación y la consolidación de un programa de estas características y, más aún, para garantizar la eficacia de las acciones que se desarrollen.

Consideraciones finales

Para concluir, puede recuperarse la declaración de 1993 de la International Women's Health Coalition, que ha realizado un aporte para establecer el reconocimiento de los derechos de la mujer en relación con la salud reproductiva: "La mujer tiene el derecho individual y la responsabilidad social de decidir si

debe, cómo y cuándo tener hijos, y cuántos tener; ninguna mujer debe ser obligada a tener un hijo o impedida de tenerlo contra su voluntad. Todas las mujeres, cualquiera sea su edad, estado matrimonial o condición social, tienen derecho a la información y a los servicios necesarios para ejercer sus derechos reproductivos y sus responsabilidades”.

En las sucesivas declaraciones y convenciones internacionales puede comprobarse la evolución conceptual que fue alcanzando la temática concerniente a la mujer, producto de luchas, cabildeos y presiones de diversa índole que fueron generando una percepción diferente en el ámbito internacional. Esto conlleva el enriquecimiento de los términos, que ponen especial cuidado en el reconocimiento de la diversidad, la utilización de un lenguaje menos sexista y una mayor equidad en el trato hacia las mujeres.

Desde hace muchos años existen en nuestro país políticas y programas públicos que protegen (con desigual eficacia) algunos de los aspectos vinculados con la salud reproductiva de las mujeres, como el embarazo y el parto, aunque frecuentemente estas políticas han estado más preocupadas por la sobrevivencia de los recién nacidos que por la de las mujeres. Sin embargo, otros aspectos de la sexualidad y la reproducción de las mujeres han sido sistemáticamente descuidados: la regulación de la fecundidad, la posibilidad de gozar de la sexualidad sin miedo ni riesgos de embarazos no deseados o del contagio de enfermedades de diverso tipo.

En la pasada década, la sociedad argentina en su conjunto y sus gobernantes en particular han comenzado a mostrar signos de madurez y responsabilidad para encarar la discusión y la sanción de leyes de salud reproductiva, que reconocen los derechos humanos básicos de mujeres y varones a gozar de una vida sexual y reproductiva en libertad, con equidad y sin coerción ni violencia. A pesar de que todavía no se cuenta con una ley nacional en esta materia, catorce provincias argentinas ya tienen leyes de este tipo. Estos instrumentos, junto con las políticas públicas que de ellos se derivan, contribuirán en el futuro inmediato y mediato a garantizar una mejor calidad de vida para las mujeres en nuestro país y para avanzar en la construcción de una ciudadanía más plena e integrada de mujeres y varones y, según lo enuncia nuestra Constitución, en el marco de una real igualdad de oportunidades y de trato.

FUENTES UTILIZADAS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Bodnar, María Paula, “Derechos reproductivos de la población adolescente”, extracto del proyecto de evaluación anticipativa de las condiciones jurídico-institucionales para su ejercicio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Maestría de Administración Pública, Facultad de Ciencias Económicas, UBA, 2000.

Carca, Elisa, “Salud reproductiva: lo privado también es político”, en *Mujeres de los 90*, vol. i, Vicente López, Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, 1997.

Centro Legal para los Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), “La aplicación de los derechos reproductivos de los adolescentes a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño”, Nueva York, 1999, www.crip.org

Consejo Nacional de la Mujer, “Mortalidad materna. Problema de salud y derechos humanos”, Notas técnicas N.º 1, Buenos Aires, 2000.

Constitución de la República Argentina, 1994.

Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979.

Declaración de Teherán y Plataforma de Acción de la Cumbre de Derechos Humanos, Viena 1993, www.un.org

Declaración Universal de los Derechos del Hombre, 1948.

Declaración y Plataforma de Acción de la Cumbre de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994, www.un.org

Declaración y Plataforma de Acción de la Cumbre Mundial de la Mujer, Beijing, 1995, www.un.org

Ministerio de Salud de la Nación, “La salud de las madres, los niños y las niñas: una apuesta a la vida”, Buenos Aires, 2000.

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, “Aspectos legales para la atención de salud de adolescentes y jóvenes”, Dirección Provincial de Sistemas Regionales de Salud, La Plata, 1999.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, “Componente de Salud del Programa de Procreación Responsable”, La Plata, 1999.

Organización Mundial de la Salud, “Gender and Health Technical Paper”, 1998.

Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos, 1966.

Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

UNDP/UNFPA/WHO/World Bank, “Consideraciones para la formulación de leyes de salud reproductiva: discusión”, Programa especial de investigación y desarrollo en comportamiento de la reproducción humana de la familia y salud reproductiva, Ginebra, 1998, www.who.ch

APÉNDICE. Estado actual de la legislación sobre salud reproductiva en la Argentina²

JURISDICCIÓN	LEGISLACIÓN	FECHA DE SANCIÓN	COMENTARIOS
Buenos Aires	Resolución 5098/99	14-10-99	Componente de Salud del Plan de Sexualidad Responsable
Ciudad de Buenos Aires	Ley 418 Ley 439 (modificatoria)	22-06-00 13-07-00	Antecedente: Programa de Procreación Responsable, desarrollado desde 1986 por la Secretaría de Salud de la jurisdicción
Córdoba	Ley 8535	04-04-96	Crea el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad
Corrientes	Ley 5146	29-11-96	Crea el Programa de Acción a favor de la Salud de la Mujer y del Niño
Chaco	Ley 4276 Decreto Reglamentario 462/97	10-04-96	Crea el Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable
Chubut	Ley 4545 Decreto Reglamentario 1518/00	23-11-99	Crea el Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Jujuy	Ley 5133 Decreto reglamentario 2139/00	03-06-99	Crea el Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual
La Pampa	Ley 1363	27-12-91	Crea el Programa de Procreación Responsable
La Rioja	Ley 7049 Vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo Provincial, en proceso	14-12-00	Crea el Programa Integral de revisión de Educación Sexual y Reproductiva

² Esta información ha sido actualizada al 30 de agosto de 2001.

JURISDICCIÓN	LEGISLACIÓN	FECHA DE SANCIÓN	COMENTARIOS
Mendoza	Ley 6433	22-10-96	Crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva
Misiones	Decreto 92/98	02-02-98	Crea el Programa Provincial de Planificación Familiar Integral
Neuquén	Ley 2222 Decreto Reglamentario 3.331/98	31-10-97	Crea el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva
Río Negro	Ley 3059	19-12-96	Crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana
Santa Fe	Ley 11888	31-05-01	
Tierra del Fuego	Ley 509	03-01-01	Crea el Régimen Provincial de Salud Sexual y Reproductiva

ANEXO 3. CEDES
CENTRO DE ESTUDIOS DE ESTADO Y SOCIEDAD
Notas informativas CEDES N.º 1 - Abril de 2002

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
EN LA ARGENTINA:
SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS*

CONTEXTO POLÍTICO E INSTITUCIONAL

La salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos son temáticas cuya relevancia pública en el nivel internacional ha crecido desde la década de 1980. En la Argentina, esas temáticas se hicieron públicas una década después.

Hasta esa fecha, el silencio de las autoridades sobre la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la población, en particular de las mujeres, se debió básicamente a dos motivos. Por un lado, a las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década de 1970 hasta mediados de la de 1980 y, por el otro, a la ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y los derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y de la reproducción. Ello, tal como se podrá apreciar en el somero recorrido histórico que haremos en los párrafos siguientes, no ocurrió en nuestro país hasta la década de 1990. En la actualidad, la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se encuentra en el pasaje desde una situación homogéneamente restrictiva a otra caracterizada por cambios institucionales y aperturas ideológicas, que no siguen una trayectoria lineal. Durante largo tiempo, el lento crecimiento demográfico –producto del casi secular declive de la tasa bruta de natalidad, determinada por los limitados niveles de fecundidad– y/o consideraciones de orden geopolítico

* Estas notas informativas han sido elaboradas por el Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

dieron forma y argumentos a una ideología pronatalista, que permeó las políticas y los programas de población y de salud pública en la Argentina (Llovet y Ramos, 1986).

En 1974, el gobierno de Isabel Perón sancionó el Decreto 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad y establecía medidas coercitivas sobre la venta y la comercialización de anticonceptivos, así como la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. En 1977, la última dictadura militar dictó el Decreto 3938, que contenía los “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, entre los que se incluía el de “eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”.

Si bien tuvieron que transcurrir algunos años de instalado el régimen democrático, finalmente estas normas fueron derogadas. A fines de 1986, mediante el Decreto 2274, se levantaron las prohibiciones que habían regido en los servicios públicos de salud y de obras sociales, pero ello no supuso la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas.

En 1988, la Cámara de Diputados ratificó por ley la Convención sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), incorporada al texto de la Constitución de la Nación en la reforma de 1994. En esta convención, en el artículo 10, los estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. La primera experiencia de política pública fue llevada adelante por la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, al poner en marcha en 1988 su Programa de Procreación Responsable, dirigido a suministrar información y asistencia en anticoncepción.

En noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley por el cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, uno de cuyos principales objetivos es “asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y

responsablemente” (art. 1). Este proyecto de ley caducó a fines de 1997, cuando la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento.

A partir de la apertura del debate público que provocó la discusión parlamentaria de esta ley, se abrieron procesos de discusión y de aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país. Actualmente, 14 provincias argentinas y la Ciudad de Buenos Aires disponen de leyes que reconocen los derechos de mujeres y varones a regular su fecundidad e impulsan programas de salud reproductiva como parte indelegable de las responsabilidades del Estado para con sus ciudadanos/as. A la fecha, cuentan con leyes de salud reproductiva las provincias de: Córdoba (8.535/96); Corrientes (5146/96); Chaco (4276/96); Chubut (4545/99); Jujuy (5133/99); La Pampa (1363/91); La Rioja (7049/00); Mendoza (6433/96); Neuquén (2222/97); Río Negro (3059/96 y 3450/00); Santa Fe (11888/01) y Tierra del Fuego (509/00). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires también cuenta con una ley (ley 418); en la provincia de Misiones se ha sancionado un decreto (Decreto 92/98) y la provincia de Buenos Aires cuenta con una resolución ministerial (Resolución 5098/99). El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil. En muchos casos, estos programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos, actividades de promoción, etcétera.

El 18 de abril de 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Por este programa se brindaría, entre otras cosas, información y prescripción de métodos anticonceptivos a la población general sin discriminación alguna. Este proyecto de ley se encuentra a la espera de ser tratado por la Cámara de Senadores.

Si bien las innovaciones legislativas que tuvieron lugar en el país constituyen un sólido paso adelante, el contexto de fondo del debate y de las decisiones de política pública sigue siendo la lucha entre concepciones restrictivas, muy ligadas a la Iglesia Católica, y otras que sostienen la libre elección reproductiva como derecho humano básico y el compromiso indelegable del Estado de respe-

tarlo y asegurar las condiciones para que la ciudadanía lo ejerza, libre de coerción, violencia y discriminación de todo tipo.

A semejanza de otras cuestiones de la agenda social de la Argentina, la problemática de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y generacionales que trazan riesgos médico-sanitarios diferenciales y muestran la estructura de oportunidades que la sociedad y el Estado brindan a sus habitantes.

La Argentina presenta indicadores de salud reproductiva que no se condicen con otros indicadores de desarrollo económico-social. El gasto en salud es de u\$s 6.50¹ por habitante y por año, y el Producto Bruto Interno (PBI) es de u\$s 7.978² por habitante, lo que no se correlaciona con los indicadores de mortalidad infantil (16,6 por 1.000 nacidos vivos en 2000) y de mortalidad materna (35 por 100.000 nacidos vivos en 2000) (MSAL, 2001).

Esta combinación desfavorable nos coloca en una situación postergada respecto de otros países de América Latina que, con menor gasto en salud por habitante y menor PBI, logran mejores indicadores de salud materno-infantil. A fines de la década de 1990, Chile presentaba una tasa de mortalidad materna de 22,3 por 100.000; el Uruguay de 29 por 100.000 y Costa Rica de 15,6 por 100.000. Respecto de la mortalidad infantil, Chile y Costa Rica también presentaban tasas menores a la Argentina: 10 y 12,6 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente (OPS/OMS, 1999).

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Fecundidad

La tasa de fecundidad global en la Argentina es de 2,44 hijos por mujer, con marcadas diferencias regionales. Mientras que en la Ciudad de Buenos Aires es de 1,47, en las provincias más pobres es de 3,30 (Formosa); 3,21 (Santiago del

1 Estos valores en dólares son previos a la devaluación del peso argentino ocurrida a partir de enero de 2002.

2 Ídem.

Estero); 2,99 (Catamarca), y 2,93 (La Rioja) (MSAL, 2001). También los diferenciales sociales son marcados en el área metropolitana de Buenos Aires, donde el promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva es de 2,9 para el total de la población femenina y de 4,5 para las mujeres provenientes de hogares con necesidades básicas insatisfechas (López y Tamargo, 1996).

Fecundidad adolescente

La fecundidad adolescente es relativamente alta en relación con el nivel general de fecundidad. En números absolutos, esto significa que de los 701.878 partos que se registraron en el año 2000, 106.337 fueron de mujeres menores de veinte años, y de éstos 3208 fueron de niñas menores de 15 años (MSAL). El embarazo y la maternidad adolescentes afectan principalmente a las niñas/jóvenes de los sectores más desprotegidos: las adolescentes embarazadas o las madres tienen menor nivel de instrucción y mayor participación en la actividad económica que las no embarazadas o sin hijos (INDEC, 1996). Poco más de la mitad de las adolescentes que tienen hijos cada año son primerizas (o sea, la otra mitad es madre por segunda, tercera o cuarta vez).

Con respecto a los padres de los hijos de madres adolescentes, se observan dos situaciones diferentes. Las adolescentes mayores (18 o 19 años) suelen estar en pareja con varones de entre 20 y 24 años (aproximadamente un tercio de los casos) o de 25 a 29 años (el 15%). Otra es, en cambio, la situación de las “niñas-mamás” (9 a 13 años): el 80% de ellas ha tenido hijos con varones que las superan por lo menos en diez años y un cuarto de las restantes con varones que son por lo menos veinte años mayores que ellas –lo que permite hipotetizar la presencia de situaciones de abuso, violación o incesto (Pantelides, 1995).

Anticoncepción

La Argentina presenta una prevalencia moderadamente baja de uso de anticonceptivos, dados los niveles de fecundidad global de su población (Pantelides, 1989).

De acuerdo con la información disponible –por cierto escasa dado que la Argentina no ha participado de ninguno de los emprendimientos internacionales

de medición de la prevalencia de uso de anticonceptivos (Encuesta Mundial de Fecundidad, Encuestas de Demografía y Salud, entre otros)–, la población de nuestro país muestra una prevalencia de uso de anticonceptivos de entre el 44 y el 60%, contabilizando todos los métodos (modernos y tradicionales) (López y Tamargo, 1996; Valdéz y Gomariz, 1993). Como referencia para la comparación, tengamos presente que la prevalencia de uso de anticonceptivos (métodos modernos y tradicionales) es del 70% en las regiones más desarrolladas (América del Norte, Japón, Europa y Australia/Nueva Zelanda); del 66% en América Latina y el Caribe; del 77% en el Brasil, y del 73% en Colombia (FNUAP, 1999).

Algunas estimaciones realizadas sobre la base de información proveniente de los laboratorios indican una prevalencia de uso de anticonceptivos del 30%, contabilizando sólo los métodos modernos. Como referencia para la comparación, tengamos presente que la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es del 51% en las regiones más desarrolladas (América del Norte, Japón, Europa y Australia/Nueva Zelanda); el 57% en América Latina y el Caribe; el 71% en el Brasil, y el 59% en Colombia (FNUAP, 1999).

Otro rasgo distintivo de la Argentina es la marcada inequidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos. La información disponible muestra una alta propensión de las mujeres de todas las edades a utilizar algún método anticonceptivo para regular su fecundidad. Al mismo tiempo, también muestra una fuerte desigualdad en el acceso a estos métodos, conforme la edad y la condición social y educativa de las mujeres. Las adolescentes y las mujeres pobres de nuestra sociedad son las más afectadas por la falta de oportunidades para acceder a métodos seguros y efectivos (una de cada cuatro mujeres tiene cuatro hijos o más) (López y Tamargo, 1996).

Diversos estudios cualitativos han mostrado evidencia respecto de la existencia de dificultades para las mujeres pobres en el acceso a información apropiada y al asesoramiento y seguimiento médico en materia anticonceptiva. Estas dificultades afectan su comportamiento anticonceptivo, aumentando la ineficacia e inseguridad de los métodos (discontinuidad, efectos secundarios adversos, prescripción inapropiada, etc.). Los resultados habituales de esta situación son

embarazos no deseados, los que a menudo conducen a las mujeres a utilizar el aborto inducido (Balán y Ramos, 1989; López, 1993).

Respecto del tipo de método utilizado, existe información sobre las mujeres adolescentes: píldora (52%); preservativo (34%); ritmo (20%); dispositivo intrauterino (3%), diafragma (0,3%) y otros métodos (4%) (Díaz Muñoz et al., 1996). En otro estudio basado en una encuesta poblacional aplicada a mujeres en edad fértil residentes en el área metropolitana de Buenos Aires se observó el siguiente patrón de uso según método: píldoras (33%); condón (17%); DIU (15%); coitus interruptus (12%); inyecciones (8,5%); ritmo (7%); esterilización femenina (4,3%) y otros métodos tradicionales (3,9%) (López, 1993).

Mortalidad materna

En 2000, la tasa de mortalidad materna de la Argentina fue de 35 por 100.000 nacidos vivos. La tasa nacional encubre fuertes diferencias entre provincias. Formosa tiene una TMM de 177 por 100.000 nacidos vivos; San Juan de 99, Chaco de 77 y Jujuy de 73 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires y en Córdoba la TMM es de 1,4 y 1,1 respectivamente (MSAL, 2001).

La estructura de causas de muertes maternas es la siguiente: 29% por complicaciones de aborto; 13,5% por toxemia, trastornos hipertensivos, edema y proteinuria; 15% por otras causas obstétricas directas; 8,6% por hemorragia posparto; 15,5% por sepsis; 7,7% por hemorragia preparto; 10% por otras causas obstétricas indirectas. En esta materia, la Argentina muestra una situación semejante a la de otros países en desarrollo en los cuales las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio son las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres de 15 a 49 años de edad (MSAL, 2000).

Las causas obstétricas directas –directamente vinculadas con el estado grávido puerperal y no con morbilidad preexistente– representan el 90% del total, lo que indica que se trata de mujeres sanas que mueren por causas sólo relacionadas con el hecho reproductivo. Esto indudablemente muestra problemas relativos a la cobertura y a la calidad de los servicios de prevención y tratamiento, que influyen de modo directo sobre la vida reproductiva, tales como la planificación familiar

para el caso de las complicaciones de abortos, la calidad de la atención prenatal para la detección de la toxemia y la capacidad resolutive de los servicios de salud, en particular los de tocoginecología, contra las hemorragias y las sepsis.

Es importante destacar que según investigaciones realizadas en algunas jurisdicciones argentinas el subregistro de muertes maternas sería de alrededor del 50% (MSAS, 1987), lo que muchas veces se debe a que al registrarse un caso de muerte se ignora o se omite el estado grávido de la mujer, y también la ilegalidad del aborto, lo que induce a los profesionales a registrar muertes como consecuencia de otras causas para evitar derivaciones penales.

Aborto inducido

El aborto es ilegal en la Argentina. Está tipificado como un “delito contra la vida” en el Código Penal, que reprime con un mínimo de uno a cuatro años de reclusión o prisión a quien lo cause con consentimiento de la mujer, y un máximo que podría elevarse hasta quince años si el hecho tuviera lugar sin ese consentimiento y fuere seguido de la muerte de la mujer. Por su parte, la mujer que causase su propio aborto o consintiese en que otro se lo causase es acreedora a la pena de prisión de uno a cuatro años. El Código Penal establece dos circunstancias en las cuales “el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible”. La primera, “si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; la segunda, “si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”, requiriéndose el consentimiento de su representante legal (Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I).

En la práctica estos supuestos despenalizadores no se aplican. Se conocen muy pocos casos de solicitudes de autorización judicial a su amparo, las que en la mayoría de los casos son denegadas. Recientemente la Corte Suprema de Justicia de la Nación autorizó la inducción del parto de una mujer con un feto anencefálico (una malformación que conlleva la ausencia de hemisferios cerebrales, y por lo tanto de todas las estructuras que de él dependen, lo cual implica el fallecimiento indefectible luego de la separación del seno materno). A partir de este fallo de la Corte Suprema distintos juzgados autorizaron la inducción del parto de otros casos de anencefalia. Cabe destacar que la inducción del

parto no es considerada un aborto ya que la muerte del feto se debe a la patología que lo afecta y no al nacimiento.

Respecto de la magnitud del aborto inducido, no hay datos confiables para la Argentina (Valdés y Gomariz, 1993). Algunos especialistas han estimado que se producirían entre 335.000 a 400.000 abortos por año en la Argentina (Checa y Rosenberg, 1996); otros estiman un número total de entre 450.000 y 500.000 (Aller Atucha y Pailles, 1996). En cuanto a la morbilidad por aborto, la única aproximación para su estimación puede realizarse a partir de la información sobre egresos por complicaciones de aborto en establecimientos públicos. En 1995, los egresos por esta causa fueron 53.978 en todo el país, lo cual significa que, excluyendo el parto normal, el 33% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas se debe a abortos.

En el caso de las muertes por complicaciones de abortos inseguros, el hecho de que, según muestran algunos estudios, las mujeres que ingresan a los servicios por complicaciones de abortos lo hacen en un estado físico-clínico que no compromete irreversiblemente su sobrevivencia evidencia la inadecuada capacidad resolutoria y la deficiente calidad de atención de los servicios públicos para atender a estas mujeres y evitar sus muertes. Los estudios también muestran que los servicios no aplican una estrategia dirigida a estas mujeres para ofrecerles asesoramiento anticonceptivo posaborto, de tal manera de ayudarlas a evitar un eventual embarazo no deseado –y un aborto repetido– en el futuro inmediato (MSAL, 1987; Ramos y Viladrich, 1993). El proceso asistencial de las mujeres internadas en hospitales por complicaciones de aborto está fuertemente condicionado por la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica. En este marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta condición crítica son víctimas de la violencia institucional.

VIH/sida

En mes de marzo de 2001, la cantidad de casos de sida registrados en el país era 19.193. Si se tiene en cuenta el retardo en la notificación de los casos, se estima que éstos alcanzarían a 22.500, con una tasa de incidencia acumulada de la enfermedad de 50,6 por cien mil habitantes (MSAL, 2001).

Los casos de sida en niños menores de 13 años representan el 6,9% del total de enfermos, lo cual indica uno de los más altos del continente americano. El 96% de estos casos son de transmisión perinatal.

Durante la última década, la Argentina, como el resto de los países de América Latina, ha experimentado una rápida difusión de la epidemia en la población femenina (entre 1991 y 1994 la tasa de infección por VIH se ha cuadruplicado entre las mujeres). Actualmente el 74,6% de los casos notificados son masculinos y el 18,5% femeninos. La razón hombre-mujer pasó de ser 20,4 hombres con sida por cada mujer en 1988 a 3,2 en la actualidad.

Respecto de la edad, si bien para ambos sexos el grupo más afectado es el de 25 a 34 años, las mujeres se enferman a edades más tempranas: el segundo grupo más afectado es el de 13 a 24 en las mujeres y de 35 a 39 en los varones. Si tenemos en cuenta que la infección por VIH se produce entre 8 y 10 años antes de la aparición del sida (tiempo durante el cual la persona puede ser un portador sano), resulta evidente que una importante proporción de los casos femeninos se estaría infectando durante la adolescencia.

En cuanto a las vías de transmisión del VIH en los mayores de 12 años, para los varones la vía principal es el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas intravenosas (35%) y para las mujeres la vía más frecuente es la transmisión heterosexual (63%).

Algunos resultados de estudios locales muestran que el uso del preservativo depende del tipo de relación sexual, y que se lo utiliza mayormente cuando los integrantes de la pareja no se conocen y se percibe un alto riesgo de infección (por ejemplo, cuando se tiene sexo con trabajadoras sexuales o usuarios de drogas). Por ende, la estrategia de prevención descrita para la mayoría de los encuentros sexuales se basa en “la elección del compañero/a” –las percepciones, las fantasías y la trayectoria biográfica de la persona–, y existe una creencia bastante extendida acerca de que “conocer al compañero/a sexual” resulta suficiente (Pantelides, 1995; Zamberlin, 2000).

Las parejas de adolescentes que reportaron el uso de preservativo en su primer encuentro sexual abandonaron ese método una vez que establecieron una “relación estable”, en la que las partes se encuentran sentimentalmente comprometidas.

Cáncer cérvico uterino

En la Argentina, los datos de la última década muestran un número creciente de muertes por esta causa. Dado que persisten los problemas en la clasificación, puestos en evidencia por el elevado número de casos en que no se consigna la localización, la magnitud del problema podría ser mayor (MSAL, 1992; MSAL, 1996; Gogna et al., 1998). Considerando las cifras oficiales, la mortalidad por cáncer de cuello de útero ocupa el quinto lugar entre todas las muertes por cáncer de mujeres. En el año 2000, 881 mujeres murieron por tumores malignos de cuello de útero y 1136 por tumores malignos del útero, sin indicación de la localización. Es posible pensar que dentro de este último grupo se encuentran muchos casos de tumores malignos de cuello de útero que no han sido reportados como tales. La alarmante incidencia del cáncer de cuello en la Argentina parece indicar un serio problema en la operacionalización de la toma del Papanicolaou.

Un estudio realizado en mujeres usuarias de servicios del conurbano bonaerense mostró que el 39% de las mujeres que tuvieron un PAP (+) nunca recogió los resultados –y por lo tanto no fue notificada de su enfermedad– o abandonó el tratamiento (Ramos et al., 1996).

La situación expuesta podría reflejar, por un lado, la ausencia de una política pública de prevención y los escasos recursos y limitaciones del sistema de salud. Por el otro, destaca la necesidad de identificar las deficiencias en la calidad de la atención, con énfasis en aquellas dimensiones referidas a información y comunicación y a la relación interpersonal entre el equipo de salud y la paciente/usuario.

Cáncer de mama

Las muertes por cáncer de mama en mujeres fueron en promedio de 4041 por año para el período 1980-1986, y de 4249 por año para el período 1989-1992. Este tipo de cáncer, que provoca el mayor número de muertes por tumo-

res en las mujeres, representa el 20,6% del total de muertes femeninas por cáncer. El número de muertes por cáncer de mama crece con la edad, y los más afectados son los grupos de 65 a 74 y de más de 75 años, con tasas de 103,3 y 165,9 por 100.000 respectivamente (Gogna et al., 1998).

Cobertura de salud

La población argentina está cubierta por tres subsistemas de atención de la salud: el de obras sociales, el público y el privado (o seguros médicos/prepagos). De acuerdo con datos de 1997, alrededor de la mitad de la población cuenta con la cobertura de obras sociales, mientras que el 36% cuenta exclusivamente con la cobertura del subsector público y el 13% dispone de cobertura privada (incluyendo los servicios de emergencia). El 4% del total de la población cuenta con doble cobertura (más de un subsistema).

Los datos desagregados según sexo muestran que el 65% de las mujeres y el 62% de los hombres cuenta con algún tipo de cobertura, ya sea de obras sociales o privada, mientras que el 35% de las mujeres y el 38% de los hombres está cubierto exclusivamente por el subsector público (SIEMPRO, 2001).

En la última década, la afiliación a los sistemas de salud ha descendido notablemente como producto, por un lado, del aumento de la desocupación, la subocupación y la precarización laboral, y, por otro lado, debido al empobrecimiento de grandes franjas de la clase media que dejaron de pagar los seguros de salud privados. Un indicio parcial de este proceso es el número de beneficiarios de las obras sociales supervisados por la Administración Nacional del Seguro de Salud, que se redujo en cerca de 2.000.000 entre 1991 y 1999, y en más de 1.850.000 beneficiarios en tan sólo un año (de 1999 a 2000) (INDEC, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

Aller Atucha, L. y Pailles, J., "La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema", en *Marketing Social*, Buenos Aires, 1996.

Balán, J. y Ramos, S., “La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares”, en Documento CEDES N° 29, Buenos Aires, 1989.

Checa, S. y Rosenberg, M., *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*, Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires, 1996.

Díaz Muñoz, A. R.; Dinardi, G. y Giusti, A., “Comportamiento reproductivo de las adolescentes”, en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, INDEC, Buenos Aires, 1996.

Gogna, M.; Llovet, J. J.; Ramos, S. y Romero, M., “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social”, en Isuani, A. y Filmus, D. (eds.), *La Argentina que viene*, FLACSO-UNICEF/ Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1998.

INDEC, *Anuario estadístico de la República Argentina*, 2001.

INDEC, “*Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*”, Buenos Aires, 1996.

López, E., “Mujeres y vida reproductiva: indicios para la búsqueda de sentido”, trabajo presentado en el Primer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, CEDES/CENEP, Buenos Aires, 1993.

López, E. y Tamargo, M. C., “La salud de la mujer”, en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, INDEC, Buenos Aires, 1996.

Llovet, J. J. y Ramos, S., “La planificación familiar en la Argentina: salud pública y derechos humanos”, en *Cuadernos Médico Sociales*, N.º 38, diciembre de 1986.

MSAL, *Mortalidad por tumores malignos, 1980-1986*, Serie 8, N.º 12, Buenos Aires, 1992.

MSAL, *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico: total país 1995*. Serie 4, N.º 16, Buenos Aires, 1998.

MSAL, *Estadísticas Vitales-Información Básica 1999, 2000 y 2001*.

MSAL, *Boletín sobre el sida en la Argentina*, año VIII, N.º 20, junio de 2001.

MSAL, *La mortalidad materna en la Argentina*, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, N.º 4, Buenos Aires, 1987.

MSAL, *Nuevos datos sobre mortalidad por cáncer, 1989-1992*, Serie 8, N° 14, Buenos Aires, 1996.

OPS/OMS, *Programa Especial de Análisis de Salud, Situación de salud en las Américas*. Indicadores básicos, 1999.

Pantelides, E., “La fecundidad en la Argentina desde mediados del siglo XX”, en *Cuadernos del CENEP*, vol. 41, 1989.

Ramos, S. y Viladrich, A., “*Abortos hospitalizados. Entradas y salidas de emergencia*”, Documento CEDES, Buenos Aires, 1993.

Pantelides, E., *La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*, UNICEF, 1995.

Ramos, S.; Pantelides, E.; Mormandi, J. y Osoreo, O., “*La deserción de mujeres con Papanicolaou positivo en hospitales públicos del área metropolitana de Buenos Aires*”, en *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, vol. 75, N.º 919, junio de 1996.

SIEMPRO, *La afiliación a sistemas de salud. Serie de encuestas de desarrollo social y condiciones de vida*, N.º 8, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Buenos Aires, 2001.

Valdés, T. y Gomariz, E., *Mujeres latinoamericanas en cifras: Argentina*, Instituto de la Mujer y FLACSO, Santiago de Chile, 1993.

Zamberlin, N., “La otra mitad: un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad”, en Gogna, M. (ed.) *Feminidades y Masculinidades*, CEDES, Buenos Aires, 2000.

ANEXO 4. UNICEF
OFICINA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - 1999

MORTALIDAD MATERNA.
ESTRATEGIA PARA SU REDUCCIÓN EN AMÉRICA
LATINA Y EL CARIBE.
ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES PARA LA REGIÓN

“**A** diario mueren mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo. Esto es sólo la punta del iceberg de lo que constituye una intolerable negación del derecho a la salud y a la nutrición de la mujer. En América Latina y el Caribe mueren más de 25.000 mujeres al año por causas derivadas de una experiencia que debería ser la más vital de todas: traer un nuevo ser al mundo. Por cada mujer que muere, cientos de ellas sufren complicaciones –a corto o a largo plazo– ocasionadas por condiciones precarias de nutrición y por la falta de una atención adecuada. Cada mujer que muere priva a su familia, a sus hijos, de la presencia de un ser irremplazable. Ahora, cuando celebramos el vigésimo aniversario de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y el décimo aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño, esta situación es inadmisibile.”

Per Engebak, Director Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe, en ocasión del Día Internacional de la Salud de la Mujer, 28 de mayo de 1999.

I. DIMENSIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. Se estima que en el mundo mueren aproximadamente 585.000 mujeres por año debido a causas relacionadas con el embarazo, de las cuales el 99% vive en países en desarrollo. Esto representa cerca de una muerte materna¹ por minuto. Por cada mujer que muere, entre 30 y 100 mujeres sufren, como consecuencia

¹ La Organización Mundial de la Salud define la muerte materna como "la muerte de una mujer durante el embarazo, o durante los 42 días siguientes a la terminación de éste, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales". Así, una muerte producida por las complicaciones de un aborto inducido es una muerte materna, ya que se considera que se debe al "tratamiento" del embarazo.

de problemas relacionados con el embarazo, serias complicaciones que a menudo les provocan incapacidad. En los países en desarrollo, la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte de mujeres en edad fértil.² A pesar de que en América Latina y el Caribe las cifras son bajas en comparación con algunas regiones de África y Asia (véase el Apéndice 1 pág. 235), aún mueren en la región más de 25.000 mujeres al año debido a estas complicaciones –que en la mayoría de los casos se pueden prevenir y tratar–. Toda mujer embarazada puede sufrir una complicación repentina e impredecible que puede conducir a la muerte, a la enfermedad o a una lesión, de ella o de su bebé.

2. Las estadísticas sobre mortalidad materna muestran claramente las disparidades entre países ricos y pobres: mientras que en los países desarrollados una de entre 1800 mujeres corre el riesgo de morir durante el embarazo y el parto, la tasa en América Latina y el Caribe es de una mujer entre 130.³ Se estima que la tasa promedio de mortalidad materna en la región⁴ es de 189 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Dos tercios de esas muertes (en cifras absolutas) se concentran en Bolivia, el Brasil, la República Dominicana, el Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, el Paraguay y el Perú.⁵ Las tasas más altas de mortalidad materna se registran en Bolivia, la República Dominicana, Haití, Honduras y el Perú, con un promedio de 220 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En Costa Rica, Chile y Cuba se registran las tasas más bajas –de 35, 23 y 24 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente (véase los apéndices 2 y 3, págs. 236 y 237)–.

3. Existe una gran diferencia entre regiones y en el interior de éstas. Sin embargo, no se alcanzan a visualizar las diferencias en el interior de los países. Estudios locales sobre las tasas de mortalidad materna pueden mostrar enormes diferencias entre zonas urbanas y rurales, y entre grupos poblacionales de un mismo país.

2 Naciones Unidas, "Mujeres del mundo", 1995. "Tendencias y estadísticas", 1995.

3 OMS-UNICEF, "Estimaciones actualizadas de mortalidad materna", 1990. Abril de 1996.

4 Aunque tradicionalmente se ha considerado que esta medida es una tasa, técnicamente se trata de una proporción. La tasa de mortalidad materna es igual al número de muertes maternas por cada 100.000 mujeres entre los 15 y los 49 años. La proporción de mortalidad materna es igual al número muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En este documento, la tasa de mortalidad materna se refiere a las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

5 UNICEF, "Estado mundial de la infancia", 1999. Cuadros estadísticos sobre la situación de la mujer.

4. En Bolivia, por ejemplo, se estima que en las zonas urbanas la mortalidad materna es de 260 por 100.000 nacidos vivos, en tanto que en algunas zonas rurales se eleva hasta 900.⁶ Los datos del Perú muestran un contraste similar entre la cifra nacional (265 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) y las registradas en la región andina, los barrios marginales, las tierras altas de la Sierra y las selvas remotas,⁷ donde la cifra es prácticamente del doble. Estudios realizados en países desarrollados y en vías de desarrollo muestran un subregistro de las muertes maternas, lo que significa que hay muertes maternas que o no se registran o no son correctamente clasificadas. Por lo tanto, las cifras oficiales sobre este indicador podrían subestimar la verdadera magnitud del problema: en algunos casos, la cifra real podría ser del doble o del triple de las registradas inicialmente.⁸

5. Además de las muertes maternas, se estima que en la región el 15% de las mujeres embarazadas –es decir, 1,6 millones de mujeres– sufren complicaciones potencialmente letales durante el embarazo, el parto y el puerperio.⁹ Aproximadamente medio millón de mujeres presentan problemas crónicos de salud, como prolapso uterino, fístulas, incontinencia o dolor durante las relaciones sexuales, como consecuencia de una atención de salud materna deficitaria. En los países en desarrollo, la muerte y las discapacidades generadas por estos problemas de salud constituyen una quinta parte de las cifras de morbilidad total de las mujeres en edad fértil, mientras que en países desarrollados estas causas no alcanzan a representar el 1%.

6. La presencia silenciosa de la morbilidad y la muerte materna mina el bienestar social y de salud de familias y comunidades. Debido al rol central que juega la mujer en el sostenimiento y manutención de la familia, no es de extrañar que una mala salud de la mujer también afecte la situación económica familiar, lo cual repercute indirectamente en la comunidad y en el conjunto del país.¹⁰

6 Instituto Nacional de Estadística, Macro Internacional, Encuesta nacional sobre demografía y salud, Bolivia, 1994.

7 Estudio presentado en el RMT de abril de 1999, Bogotá.

8 Atrash, H. "Observación de la mortalidad materna", presentación en la Reunión Técnica de Consulta sobre la Maternidad sin Riesgos en Sri Lanka, 1997. Citado en los informes sobre la maternidad sin riesgos del Grupo de Trabajo Interagencial sobre la maternidad sin riesgos.

9 Organización Mundial de la Salud, "Módulo madre hijo: puesta en práctica de la maternidad sin riesgos en los países", Ginebra, 1994.

10 "La agenda de acciones para la maternidad sin riesgos: prioridades para el próximo decenio", Informe sobre la presentación en la Reunión Técnica de Consulta sobre la Maternidad sin Riesgos en Sri Lanka, 1997.

7. En América Latina y el Caribe, al menos 50.000 niños quedan huérfanos cada año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo de sus madres, lo que pone en peligro su atención, su protección, su bienestar y a menudo su supervivencia. Estudios conocidos muestran que la mortalidad infantil es 50% más alta en niños sin madre y que los huérfanos tienen menos posibilidades de alcanzar un nivel más alto de estudios, de tener buena salud y de recibir una alimentación adecuada para su crecimiento.

8. Es muy importante medir la mortalidad materna ya que este indicador refleja especialmente las desigualdades y constituye una prueba reveladora de la situación de la mujer, de su acceso a los servicios de salud y de la forma en la cual el sistema de salud responde a sus necesidades. Por ello, la información sobre la magnitud y las tendencias de la mortalidad materna es necesaria no sólo para alertar sobre los riesgos del embarazo y del parto sino también porque revela la precariedad del estado de salud de la mujer en general, y, por ende, de su condición económica y social.¹¹

9. A pesar de la importancia que reviste contar con cifras sobre mortalidad materna, éstas no siempre son fáciles de obtener. En el ámbito nacional, para medir su magnitud se necesita información sobre la muerte de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), conocer la causa de la muerte y si la mujer estaba embarazada en el momento de morir, o si lo había estado recientemente. En pocos países se registran los nacimientos y las defunciones; menos aún se registran las causas de muerte, y en un número todavía menor de países el certificado de defunción registra sistemáticamente si la mujer estaba o no embarazada.¹²

10. No obstante las dificultades mencionadas anteriormente y las variaciones en las cifras que registran algunos países, es fundamental poder mostrar el panorama regional sobre la base de las tasas nacionales de mortalidad materna. Sin embargo, atender sólo a la tasa nacional de mortalidad materna tiene un inconveniente: en países donde la proporción de mortalidad materna no se consideraría alarmantemente alta –por ejemplo en el Brasil y en México–, se desvirtúa la cifra absoluta de muertes maternas, que sigue siendo inadmisibles.

¹¹ Estimaciones actualizadas sobre mortalidad materna, 1990. Un nuevo enfoque de la OMS y el UNICEF, abril de 1996.

¹² *Ibid.*

II. MORTALIDAD MATERNA:

UNA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

11. Existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y el funcionamiento del sistema de salud. No hay duda de que un gran número de muertes maternas se habrían evitado si las pacientes hubiesen llegado oportunamente a un centro de salud y hubiesen recibido atención obstétrica adecuada. Esta percepción, que sólo considera las causas directas e inmediatas de la mortalidad materna, ignora la responsabilidad no sólo del Estado sino también del entorno, de la familia y de la comunidad, en apoyar a la madre durante su maternidad, durante el parto y el puerperio. Desde esta perspectiva, el hecho de que ocurran muertes maternas que podrían haberse evitado constituye sólo la punta del iceberg de lo que puede ser considerado como un símbolo de una violación a los derechos humanos.

12. Esta violación no sólo atenta contra los tratados internacionales sobre derechos humanos, como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), sino que también desconoce la Constitución de la Nación y las leyes nacionales. En otras palabras, cuando una mujer muere como consecuencia de la maternidad, no basta con determinar la causa inmediata de su muerte, sino que es preciso también establecer quiénes son los responsables de una muerte debida a una causa susceptible de prevención.

13. En la mayoría de los países de la región hay normas que, teóricamente, protegen la maternidad. Dado el alto número de muertes maternas y la alta incidencia de morbilidad materna, queda claro que no se cumplen los estándares mínimos requeridos para el pleno ejercicio de estos derechos. Una estrategia basada en los derechos y dirigida a la supervivencia materna exige que la mortalidad materna sea definida por los políticos, los trabajadores de la salud, los periodistas y el público en general como una "injusticia social". La legislación adecuada para defender los derechos de las niñas y de la mujer es sólo un componente de un enfoque basado en los derechos, ya que el verdadero desafío consiste en lograr el cumplimiento de las leyes con eficacia y que se aprovechen los recursos disponibles y los canales de comunicación para concientizar a la opinión pública, movilizar recursos y cambiar favorablemente las actitudes y los comportamientos.

14. La mortalidad materna atenta contra los derechos humanos. De acuerdo con la clasificación de los derechos humanos que propone Rebecca Cook¹³ en relación con la mortalidad materna, podemos agruparlos en cuatro categorías.

CUADRO 1. Derechos humanos, mortalidad materna

DERECHOS	VIOLACIONES DE ESOS DERECHOS	ACCIONES GUBERNAMENTALES
1. El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas.	Estos derechos son violados cuando se producen muertes maternas que podrían evitarse y cuando el peligro de muerte por embarazo es una amenaza constante.	Para el ejercicio de estos derechos el gobierno debe proporcionar acceso a una atención en salud apropiada y garantizar que los ciudadanos puedan escoger cuándo tener hijos y con qué frecuencia tenerlos.
2. Los derechos relacionados con la fundación de una familia y con la vida familiar.	La muerte materna dificulta la vida en familia y expone a los otros miembros de la familia a riesgos mayores.	Para el ejercicio de estos derechos el gobierno debe proporcionar acceso a servicios de salud y a otros servicios que la mujer necesita para constituir su familia y disfrutar de la vida en familia.
3. El derecho a los servicios de salud (incluida la información y la educación) y a los beneficios del progreso científico.	Impedir el acceso a las innovaciones tecnológicas.	Para el ejercicio de estos derechos el gobierno debe proporcionar atención en salud reproductiva y sexual a la mujer.
4. El derecho a la igualdad y a no ser discriminado(a).	La desigualdad social aumenta el peligro de muerte materna de la mujer.	Para el ejercicio de estos derechos el gobierno debe garantizar a todas las mujeres y niñas el acceso a servicios (como la educación y la salud), independientemente de la edad, el estado civil, el grupo étnico o la condición socioeconómica.

13 Cook, R. J., "Avance hacia la maternidad sin riesgos desde la perspectiva de los derechos humanos", Presentación en la Reunión Técnica de Consulta sobre la Maternidad sin Riesgos en Sri Lanka, 1997.

15. La clasificación presentada anteriormente señala la violación de derechos en situaciones de exclusión, la deficiencia de los sistemas de salud y la falta de apoyo a la mujer –por parte de la familia y de la comunidad– durante el embarazo, el parto y el posparto.

Es posible identificar otro conjunto de derechos que son ignorados cuando una mujer se enferma, se lesiona, o muere como consecuencia del parto, a saber: los derechos del niño. De acuerdo con la definición de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), estos derechos comprenden derechos básicos, como el derecho intrínseco a la vida: garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño (art. 6). La aplicación plena de los derechos del niño incluye la posibilidad de tratar las enfermedades y la rehabilitación de la salud del niño y de su madre, de acuerdo con el artículo 24, que alude a la atención médica de la madre antes y después del parto. En la perspectiva basada en los derechos del niño, se consideran factores tales como la responsabilidad que comparten la mujer, la familia y la comunidad en procurar bienestar al niño, la creación de una cultura de prevención y el derecho del niño a tener una madre viva y sana.

16. El panorama de la violación de los derechos humanos exige retroceder y revisar detenidamente cada uno de los factores que contribuyen a provocar una muerte materna. Se necesita un buen sistema de registro demográfico que permita vigilar con atención la mortalidad materna en el contexto nacional, pero, además, es importante individualizar las cifras, situarlas en el contexto de una violación de los derechos humanos y establecer responsabilidades en todos los ámbitos de la sociedad: desde la familia hasta el Estado. La tasa de mortalidad materna no es sólo una entre tantas estadísticas demográficas de cada país, sino que además revela una situación de inequidad, las deficiencias del sistema y la subordinación de la mujer en un determinado contexto. *El rostro humano de la mortalidad*,¹⁴ compilación de relatos de situaciones de muertes maternas registradas en Nicaragua en 1998, es un buen ejemplo de análisis y de personificación del problema, en el sentido de que se describen los factores clínicos y otros elementos relacionados con la muerte materna (véase el Apéndice 4, pág. 239).

14 Será publicado por el UNICEF y el Ministerio de Salud de Nicaragua.

17. Con el fin de definir y desarrollar estrategias y acciones tanto nacionales como locales que realmente reduzcan el número de muertes maternas, se necesita un diagnóstico de la situación y un análisis causal de las condiciones a las que se atribuye la incidencia de muertes maternas. A continuación se brinda un repaso de las principales causas de la mortalidad materna y de las estrategias y acciones para su reducción aplicadas durante el último decenio, teniendo en cuenta las que fueron exitosas en la prevención de muertes maternas y aquellas que no lo fueron.

III. CAUSAS

18. Las causas médicas de la muerte materna son similares en todo el mundo. La mujer muere debido a complicaciones surgidas durante el embarazo y el parto, como, por ejemplo, hemorragia, infección, eclampsia, hipertensión debida al embarazo, obstrucción del parto y aborto peligroso. La hemorragia –causa más común de muerte materna (25%)– es difícil de prevenir, requiere la atención de personas preparadas y el acceso rápido a centros de emergencia. Aunque es fácil de evitar, la septicemia da cuenta del 15% de las muertes maternas.¹⁵ Otras causas de mortalidad materna son el aborto, que ocurre en condiciones de riesgo (13%), los problemas de hipertensión durante el embarazo y la eclampsia (12%) y la obstrucción del parto (8%). Hay otras causas directas que explican el 8% de las muertes maternas. También hay cuadros clínicos que se agravan con el embarazo, como la malaria, la anemia, las enfermedades cardíacas, la hipertensión, la diabetes melitus y la hepatitis viral, que en conjunto producen el 20% de las muertes maternas.

19. Además de estos factores de orden médico, hay otros factores que influyen en la posibilidad que tiene la mujer de sobrevivir a las complicaciones del embarazo y el parto:

- el estado de salud y el estado nutricional de la mujer desde que nace, y, principalmente, durante su embarazo;
- el acceso de la mujer a servicios de salud adecuados y el uso que haga de ellos;

¹⁵ OMS, "Mortalidad materna: datos mundiales", 1991.

- el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de la mujer, de su familia y de la comunidad en relación con la salud (materna) y con los riesgos que conlleva la maternidad;
- las condiciones sociales de las niñas y de la mujer, que ejercen una influencia decisiva sobre los factores anteriores.

20. Cuando se estudian las causas de la muerte materna se debe relacionar la causa inmediata (directa) con otros factores vinculados con la muerte de la mujer. Como se indicó, la muerte materna es el resultado final de múltiples factores causales que prevalecen en diferentes ámbitos. El estado de salud y el estado nutricional de la mujer, su edad al quedar embarazada, la cantidad de hijos que haya tenido, su nivel educativo, los cuidados y la atención que recibe en su casa y el acceso a los servicios de consejería y planificación familiar adecuados son factores que influyen en la maternidad sin riesgos. Otro tanto puede afirmarse de la calidad y el uso apropiado de los servicios de salud pre y posnatales y del acceso a atención obstétrica básica. A su vez, estos factores están determinados por aspectos como el rol de la mujer en la familia y en la sociedad, la discriminación por razones de género, el porcentaje del presupuesto nacional asignado a servicios de salud, el ingreso familiar, las posibilidades de empleo, las creencias y costumbres, las condiciones étnicas, culturales y geográficas. La Red causal (véase el Apéndice 5, pág. 242) muestra cómo es posible vincular estos factores y establecer su valor relativo en un determinado contexto.

21. Cada análisis de una muerte materna debe incluir indicadores que reflejen la situación de la mujer en el contexto nacional. Así, resulta útil observar los indicadores sociales, el índice de supervivencia para las condiciones de vida e indicadores como la tasa de alfabetismo, la participación en la fuerza laboral, el número de hogares encabezados por una mujer, el uso de anticonceptivos, la cobertura del control prenatal (indicador de proceso). Cuando se coteja la información básica de la lista sugerida en el Apéndice 6 (pág. 245) es posible esbozar la situación de mortalidad materna en un país. Esta lista lleva a considerar distintos indicadores y niveles de intervención.

22. Es fundamental identificar el espectro completo de factores y su interrelación. Para lograr este propósito, es necesario hacer un diagnóstico y un análisis de

la situación particular de cada país. La red causal permite establecer los factores que determinan la muerte o la supervivencia materna y cómo se relacionan unos con otros; también provee bases para la toma de decisiones y para establecer prioridades. El “Marco para diagnosticar y analizar la salud materna” (véase el Apéndice 7, pág. 247),¹⁶ y los “Determinantes de la mortalidad materna” (véase el Apéndice 8, pág. 248)¹⁷ también son útiles en este ejercicio.

23. El “Modelo para analizar estudios de caso” (véase el Apéndice 9, pág. 249) complementa los marcos mencionados, ofreciendo una metodología para un análisis cualitativo de las muertes maternas. Este modelo propone una estructura para la investigación y la reconstrucción de los antecedentes de la mujer y de las condiciones en las cuales se produjo la muerte, lo que permite combinar una perspectiva médica y una perspectiva social y económica. Esta forma de analizar los casos de muerte materna tiene un papel fundamental en el afán de mejorar la planificación y la programación, pero también puede ser útil para sensibilizar a la opinión pública sobre este fenómeno. En Nicaragua, por ejemplo –como ya se adelantó–, se publicará una compilación de varios casos de muerte materna que incluye el análisis de las circunstancias bajo las cuales se produjeron esas muertes.

24. La creación de estos modelos se origina en la búsqueda de un análisis más profundo y cualitativo de las condiciones en que se encuentra una mujer antes y durante el embarazo, y permite un análisis exacto de las circunstancias bajo las cuales se produce su muerte. En muchos países existen comités que analizan las muertes maternas. Podemos citar el caso de Cuba, donde este mecanismo es un procedimiento rutinario en cada caso de muerte materna. En otros países también se registra la existencia de comités de este tipo, a pesar de que su funcionamiento no es óptimo o sencillamente no constituye una práctica rutinaria. En muchos casos, el principal obstáculo es el temor a asumir responsabilidades o a revelar fallas.

16 UNICEF, “Programación para la maternidad sin riesgos. Pautas para la supervivencia materna y neonatal”, 1999.

17 UNICEF, “Bolivia. Mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Enfoques estratégicos para acelerar su reducción”, Documento propuesto para la consideración del RMT de abril de 1999, Bogotá.

IV. ¿POR QUÉ TODAVÍA HAY MUJERES QUE MUEREN
DEBIDO A CAUSAS SUSCEPTIBLES DE PREVENCIÓN?

25. Mientras que durante los últimos 20 años muchos indicadores de problemas de salud han disminuido considerablemente, las tasas de mortalidad materna no han registrado un descenso significativo,¹⁸ y este estancamiento en la reducción de la mortalidad materna contrasta con los importantes avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil. En la región, entre 1987 y 1997 la tasa de mortalidad infantil de menores de un año descendió de 56 a 33 muertes por 1.000 nacidos vivos (reducción del 41%). Durante el mismo período, la tasa de mortalidad de menores de cinco años se redujo en 43%.

26. ¿Por qué la mortalidad materna no ha decrecido al mismo ritmo? Algunos estudios han intentado responder a esta pregunta. La consulta técnica sobre la Agenda de Acciones para la Maternidad sin Riesgos¹⁹ identifica dos factores principales presentados a continuación.

- Las prioridades no siempre se han establecido claramente; las intervenciones de la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo no siempre fueron las más eficaces ni las mejor enfocadas. Algunas estrategias para la maternidad sin riesgo tuvieron alcances demasiado extensos, y, como consecuencia, para muchos gobiernos los programas resultaron demasiado ambiciosos. Además, algunas intervenciones reconocidamente eficaces para atacar las principales causas de la muerte materna, como el manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto, fueron excluidas de la iniciativa.
- El compromiso político y los recursos resultaron insuficientes.

27. La falta de recursos o de conocimientos no da cuenta de la lenta, y en algunos países inexistente, reducción de la mortalidad materna. Desde hace más de 50 años la región cuenta con la tecnología necesaria para un tratamiento eficaz y para prevenir complicaciones. Como se señaló en la consulta técnica que tuvo lugar en Sri Lanka (1997), la voluntad y el compromiso político son esenciales para disminuir la mortalidad materna. Un enfoque integrado ofrece ventajas en la

¹⁸ Once de los 48 países de la región ni siquiera poseen datos actualizados sobre este valioso indicador, lo que demuestra lo poco importante que se considera obtener y analizar estos datos.

¹⁹ Agenda de Acciones para la Maternidad sin Riesgos: Prioridades para el Próximo Decenio. Sri Lanka, octubre de 1997.

lucha contra las enfermedades de la infancia, la mortalidad infantil y la mortalidad de menores de cinco años. En la consulta de Sri Lanka sobre la maternidad sin riesgos también se señala la carencia de este enfoque integrado como uno de los obstáculos en la escasa reducción de la mortalidad materna.

28. En parte, la magnitud y la persistencia de este problema de salud se originan en la condición generalmente desfavorecida que tiene la mujer en la sociedad. En efecto, es más probable que se produzca una muerte materna cuando la mujer considera que su salud es menos importante que la salud de los otros miembros de la familia. También hay más probabilidades de que ocurra en comunidades donde, a pesar de que el poder económico y político de la mujer es escaso, su carga de trabajo físico es considerablemente mayor. Igualmente, existen más probabilidades de muerte materna en países en los cuales los servicios de salud para la mujer –incluso la atención materna– no son considerados prioritarios y en culturas que aceptan como naturales las enfermedades, el sufrimiento y la muerte relacionadas con la maternidad, considerados consustanciales con lo que implica ser mujer.²⁰ Así, la incidencia de la muerte materna está directamente relacionada con los derechos humanos de la mujer y predomina en las sociedades en las cuales estos derechos son generalmente negados o violados.

29. Aunque no siempre se puede determinar la probabilidad que tiene una mujer de tener complicaciones durante el embarazo o el parto, existen, sin embargo, condiciones que aumentan su vulnerabilidad, tales como la cantidad de embarazos, su edad, el estado civil, el nivel educativo y la falta de acceso a los servicios básicos de salud. El riesgo de morir durante el parto aumenta cuando la mujer está desnutrida o anémica o cuando sufre de alguna enfermedad crónica. No es sorprendente que esto ocurra con más frecuencia en las zonas remotas, en poblaciones pobres y entre algunas poblaciones indígenas de América Latina y del Caribe.

30. Aunque no existen estadísticas actualizadas sobre el número de muertes de madres adolescentes, las estimaciones indican que tampoco en este grupo etario se ha registrado una reducción de la mortalidad materna. Las razones que

²⁰ UNICEF, Programación para la maternidad sin riesgos. Pautas para la supervivencia materna y neonatal. 1999.

dan cuenta de por qué entre las adolescentes el número de muertes maternas evitables sigue siendo tan alto son las mismas que para el resto de las mujeres. Como se dijo, muchas mujeres no tienen acceso a servicios de salud adecuados, no pueden llegar a los centros de atención médica a tiempo o no saben reconocer los signos de peligro. Además, hay que tener en cuenta los aspectos específicos de la adolescencia: este período de crecimiento y desarrollo, comprende cambios biológicos significativos, tales como la maduración del sistema reproductivo. Generalmente, el segundo decenio de la vida corresponde al período en el cual los adolescentes comienzan su actividad sexual, lo que, sumado al escaso uso de métodos anticonceptivos, provoca en muchos países el incremento considerable del número de padres y madres adolescentes (los datos muestran que sólo uno de diez adolescentes solteros y sexualmente activos usa algún tipo de método anticonceptivo). La incidencia del embarazo adolescente se mantiene muy alta: en la mayoría de los países de la región, entre 15 y 26% de los niños que nacen tienen padres adolescentes.²¹ En algunos países, aun cuando la tasa de fertilidad de los adolescentes ha disminuido, tanto la cifra absoluta como el porcentaje de niños que nacen de madres adolescentes ha aumentado como consecuencia del incremento de la población adolescente. Según estadísticas nacionales, entre 20 y 25% de las mujeres tienen su primer bebé antes de cumplir los veinte años.²² En las zonas rurales, esta cifra aumenta a 30%, mientras que en las zonas urbanas fluctúa entre 15 y 20%. El embarazo adolescente aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad, especialmente para las adolescentes menores de 15 años. Asimismo, un embarazo a tan corta edad aumenta el riesgo de mortalidad infantil y de bajo peso al nacer. Como se señaló anteriormente, no siempre es posible predecir el riesgo de sufrir complicaciones al que se expone una mujer durante el embarazo y el parto. Sin embargo, es un hecho que un embarazo a temprana edad conlleva más riesgos para la mujer, tanto en el período de gestación como durante el parto mismo. Una estrategia para reducir la mortalidad materna debe proponer acciones dirigidas especialmente a este grupo etario. Entre otras medidas, a las mujeres se les debe brindar más información y mejorar sus posibilidades de acceso a los servicios maternos y de planificación familiar acordes con su edad.

21 CELADE, 1995; CEPAL, 1990.

22 Encuestas Demográficas de Salud.

31. La mejor manera de reducir las muertes maternas es garantizar que en todo parto esté presente un profesional de la salud capacitado. En los países en desarrollo, cada año 60 millones de mujeres dan a luz sin ayuda profesional, asistidas por una partera, por un miembro de la familia o sin ayuda alguna,²³ ya sea porque así lo quieren o porque hay una grave carencia de este tipo de profesionales. En cuanto a los partos atendidos por personal médico especializado, las estadísticas oficiales para la región muestran una fluctuación que oscila entre el 20% en Haití y zonas rurales del Perú, el 35% en Guatemala y el 98% en Barbados. En Bolivia, Ecuador, México, Nicaragua y el Paraguay, aproximadamente uno de dos partos es atendido por personal médico especializado.²⁴ Los cuidados de un profesional especializado son muy importantes ya que durante el parto o inmediatamente después de éste, millones de mujeres y de recién nacidos sufren complicaciones difíciles de predecir. La mejor opción para atender un parto es un profesional de la salud idóneo con conocimientos de obstetricia, que resida en la misma comunidad o cerca de ella. Sin embargo, la mayoría de las enfermeras-obstetras trabajan en hospitales de zonas urbanas, y son escasas en las zonas rurales, en donde vive un gran segmento de la población de los países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, la mayoría sigue buscando ayuda de un miembro de la familia o recurriendo a parteras tradicionales para atención del parto. En general, cuando los recursos son escasos y tanto el personal médico especializado como los centros de salud son insuficientes, las parteras tradicionales y los curanderos locales constituyen la única posibilidad. Incluso en lugares donde hay personal médico especializado y centros de salud, es común que las mujeres prefieran a las parteras tradicionales por su modo de atención culturalmente apropiado y respetuoso. Las parteras tradicionales y los curanderos locales constituyen un importante vínculo entre los sistemas de salud formal e informal. Casi todas las organizaciones de ayuda al desarrollo, incluyendo el UNICEF, han apoyado la capacitación de parteras tradicionales como una estrategia para reducir la mortalidad materno infantil.²⁵

También en países donde se procura garantizar la presencia de profesionales de la salud calificados para atender partos se presentan problemas, como la fal-

23 OMS, Cobertura de la atención de salud: lista de los datos disponibles, 4a ed., Ginebra, 1997.

24 OMS, y Banco Mundial, Afiche sobre salud materna en el mundo, 1997.

25 UNICEF, "Informe sobre la primera consulta sobre atención de partos/parteras locales", Nueva York, 1997.

ta de capacitación en atención de emergencias. Generalmente, la supervisión y la educación continuada en temas de planificación familiar y en salud materna son insuficientes o no se ejecutan. Un estudio sobre mortalidad materna en Nicaragua²⁶ revela que el 42% de los casos de muerte materna ocurridos en 1998 corresponde a partos atendidos por parteras tradicionales, lo cual permite reparar en la necesidad de un análisis más cuidadoso de sus prácticas y de su desempeño. Las parteras tradicionales provienen de distintos orígenes étnicos y culturales. En promedio, en edad en y experiencia, la partera tradicional puede describirse como una mujer de entre cincuenta y sesenta años, con escasos estudios, que principalmente trabaja en zonas rurales. El alto grado de analfabetismo no sólo constituye un problema cuando se trata de capacitarlas para atender partos, sino que también dificulta el cumplimiento de requisitos formales, como el registro de nacimiento, la elaboración del informe sobre los controles periódicos y del informe para el centro de salud al que sea remitida la paciente. Aun cuando hayan recibido capacitación, algunas parteras tradicionales mantienen hábitos inadecuados o siguen atendiendo a mujeres a quienes se les ha recomendado buscar atención especializada. A menudo, enfrentan dificultades debido a sus limitados recursos, como por ejemplo de transporte o problemas visuales, entre otros. Sin embargo, y a pesar de estas dificultades y desventajas, las parteras tradicionales siguen presentes en la mayoría de los países de la región y aquellas que han recibido capacitación deben considerarse como un vínculo entre la comunidad y el sistema formal de salud, en tanto pueden desempeñar un importante papel en la promoción de la salud y aconsejar a las mujeres embarazadas y a sus familias sobre los cuidados básicos durante el embarazo y sobre planificación familiar. Aun cuando debe insertarse en un plan más amplio dedicado al mejoramiento de los servicios bajo la responsabilidad de los profesionales de la salud en clínicas y hospitales, la capacitación de las parteras tradicionales es fundamental, y su vínculo con el sistema de salud debe ser fortalecido. En estrategias futuras, que incorporen a las parteras tradicionales y a los trabajadores comunitarios, se debe tomar en cuenta el potencial y el liderazgo de estas personas, y el hecho de que, en general, las nuevas generaciones no siguen los mismos pasos y todo lo que esto implica para la comunidad.

26 UNICEF, Mortalidad materna en Nicaragua, Un análisis de las muertes ocurridas en 1998, 1999.

32. La mejor estrategia en la promoción de la maternidad segura es considerar que todo embarazo conlleva riesgos y garantizar que toda mujer embarazada tenga acceso, por lo menos, a recibir un mínimo de cuidados por parte de los servicios de salud, como la atención durante el parto, los cuidados previos y posteriores al parto, la atención obstétrica básica y la planificación familiar. Para muchas mujeres, el acceso a los servicios de salud se dificulta por *falta de recursos económicos, por barreras geográficas y culturales o por la falta de información*.²⁷

33. El costo de la atención médica, así como el costo de los alimentos y del transporte hacia los centros de salud, se cuentan entre los mayores obstáculos para que la mujer utilice los servicios médicos. La atención de las emergencias obstétricas, que por definición pueden ser fatales, es un tema particularmente sensible debido al alto costo que esta atención representa. En otros casos, cuando se trata de servicios de salud tarifados, cuando el usuario debe asumir un costo por el servicio, el costo de los medicamentos o de exámenes de laboratorio, o existen otros costos asociados con el tratamiento, éstos pueden convertirse en una *barrera económica* para la utilización de los servicios.

34. Para las mujeres que viven en zonas rurales alejadas de los servicios de salud, la disponibilidad de los medios de transporte y el costo para llegar al hospital pueden constituir un obstáculo infranqueable (*barrera geográfica*).

35. En general, las mujeres indígenas y las mujeres pobres reciben un trato discriminatorio y una atención deficiente. En zonas donde vive población indígena, las prácticas rutinarias de atención médica pueden ser contrarias a la tradición o a las costumbres. Las investigaciones muestran que en muchos casos la mujer no utiliza los servicios debido al trato recibido en la institución de salud, que en muchos casos carece de respeto por la privacidad y las creencias de una determinada cultura. Prácticas rutinarias como la aplicación de lavados intestinales, la eliminación del vello pubiano y la episiotomía, cuyo fin es facilitar el parto, no son técnicamente necesarias y pueden afectar negativamente la demanda de los servicios en cuestión. La posición horizontal para el parto, utilizada comúnmente en los servicios de salud, es desconocida para las mujeres indígenas. Considerar que

²⁷ UNICEF, "Bolivia. Mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Métodos estratégicos para acelerar su reducción", Documento propuesto para la consideración del RMT, abril de 1999.

la placenta es un desperdicio y no un tributo a la Madre Tierra es para ellas culturalmente inaceptable, lo que contribuye a la baja demanda de los servicios (*inadecuación cultural*). Otras prácticas que se convierten en barreras culturales son los servicios de salud en los que se recurre a la cirugía como método para dar a luz. Esta práctica también representa una violenta intervención contra la forma natural de alumbramiento y se ha vuelto un sinónimo de patología y de intervención médica, lo que se suma a la "medicalización" del proceso natural del nacimiento.

36. Muchas mujeres son reacias a utilizar los servicios porque perciben a los trabajadores de la salud como personas hostiles. Esto origina demoras que pueden resultar fatales o se traduce en que la mujer se niega a ir al centro de salud (*servicios poco acogedores con la mujer*).

37. La calidad de los servicios se ve afectada por el incumplimiento de las normas y el no seguimiento de los procedimientos técnicos por parte del personal de salud. La capacitación insuficiente, la falta de pautas de acción y de seguimiento y de control regular de los servicios prestados contribuyen a que el sistema de atención obstétrica sea ineficiente. Las deficiencias en la disponibilidad de medicamentos, de sangre, de instrumentos y de equipos se relacionan con las limitaciones halladas en la calidad técnica de la prestación de servicios. Muchos centros de atención médica y de primeros auxilios no están ni comunicados ni vinculados con hospitales especializados que tengan la capacidad de resolver situaciones graves (*mala calidad de los servicios*).

38. La educación y la movilización de la comunidad en torno de la importancia de recibir cuidados especiales durante el embarazo y el parto son esenciales para garantizar que la mujer busque (y demande) servicios médicos cuando los necesite. La mujer, su familia y los trabajadores locales de la salud deben estar informados sobre la importancia de saber reconocer los signos de peligro y buscar ayuda médica cuando es necesario. Muchas mujeres y personas cercanas a ella no saben que todo embarazo conlleva riesgos. Por lo general, estas mujeres no tienen ninguna noción sobre el cuidado de sí mismas y no saben que necesitan controles de embarazo y posteriores al parto (*falta de información*).

39. Uno de los mejores ejemplos de buenas acciones para la reducción de la mortalidad materna se encuentra en Sri Lanka. El nivel de ingresos en Sri Lanka es similar al de Bolivia, pero la tasa de mortalidad materna es una de las más bajas de los países en desarrollo y representa casi un quinto de la cifra para Bolivia (70 por 100.000 nacidos vivos en 1997). Los factores que explican este avance son, en primer lugar, el énfasis que ha puesto el gobierno en la satisfacción de las necesidades básicas de la población, en cuanto a infraestructura, salud y educación, así como el estatus relativamente alto de la mujer en la sociedad. En segundo lugar, el programa nacional de planificación familiar, amplio y de alta calidad (que ha resultado en una alta tasa de uso de anticonceptivos y una baja tasa de fertilidad) y las inversiones dirigidas al cuidado de la salud en general, y particularmente a los servicios maternos.²⁸

40. Algunos países trabajan eficientemente para eliminar las barreras económicas en la atención materna. Entre las estrategias o intervenciones regionales exitosas en la reducción de la mortalidad materna se encuentra la aplicación de la Ley del Seguro Social Básico (seguro nacional para la madre y el niño) en Bolivia. Este seguro proporciona servicios de salud gratuitos en más de 300 municipios a mujeres embarazadas y a niños menores de cinco años. El plan incluye cuatro controles durante el embarazo, la atención del parto (y de sus posibles complicaciones) en un hospital y un control posparto. El gobierno central financia los salarios del personal de salud; los municipios pagan los medicamentos, suministros y transporte. La iniciativa surgió en 1996; una evaluación realizada dos años después muestra un aumento en el número de controles de embarazo y en el de partos "institucionales". La próxima etapa consiste en mejorar aspectos como la calidad, la calidez y la adecuación cultural de los servicios. A pesar del éxito de este proyecto, es preciso tener en cuenta que estos fondos locales deben ser complementados con apoyo del gobierno central, especialmente para cubrir los costos fijos de la atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

41. En el contexto de la aplicación de la CEDAW, un gran logro alcanzado en el Ecuador fue el apoyo político dado a la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita, y como consecuencia la reducción de la mortalidad materna. Como

²⁸ "Agenda de Acciones para la Maternidad sin Riesgos: prioridades para el Próximo Decenio", Informe de la consulta técnica sobre maternidad sin riesgos, octubre de 1997, Sri Lanka.

en el caso de Bolivia, esta Ley garantiza servicios gratuitos para los niños de hasta cinco años, así como el acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva para las madres. La nueva Constitución garantiza la protección de la maternidad, lo cual incluye seguridad laboral, cuidados pre y posparto y políticas en favor de la lactancia. Algunas de esas disposiciones quedaron incorporadas en el Código de Trabajo. En Colombia, la Ley 100 incluye artículos sobre servicios de salud sexual y reproductiva. La Ley reconoce la necesidad de controles de embarazo y posteriores al parto, la prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente, del VIH/sida, del cáncer en el cuello del útero y de la importancia de la vigilancia epidemiológica para prevenir la mortalidad materno-infantil. La Ley pone énfasis en la atención médica antes y después del parto, especialmente para los embarazos de alto riesgo, y también destaca la importancia de la lactancia exclusiva. En Colombia, la Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana, Profamilia, utiliza un método programático basado en los derechos humanos, que comprende servicios legales para que la mujer se informe sobre sus derechos reproductivos. Además de los servicios de planificación familiar, Profamilia alienta a los hombres para que asuman más responsabilidad en la salud reproductiva y provee actividades dirigidas a los adolescentes, sobre la base de su derecho a servicios de salud reproductiva.

42. A pesar de los avances encaminados a proporcionar un nuevo marco legal para la maternidad sin riesgos en algunos países de la región, aún quedan muchos desafíos pendientes. Se carece de mecanismos para hacer cumplir la ley y falta un real compromiso para –efectivamente– mejorar el acceso a los servicios y la calidad de éstos, de modo que todos se beneficien. En especial, es necesario garantizar el acceso a las mujeres más vulnerables: las mujeres que viven en zonas rurales y en la periferia urbana, las mujeres de bajos ingresos y las mujeres indígenas.

43. En un departamento del Perú que registra un número elevado de muertes maternas, se realizó con éxito un proyecto que consiste en apoyar los partos –higiénicos y sin riesgos– en la propia casa. En la región de Cajamarca, la capacitación de parteras tradicionales en el uso de materiales culturalmente apropiados y de materiales adaptados para condiciones de analfabetismo produjo buenos resultados, especialmente en la identificación de embarazos de alto riesgo y en la práctica de remitir a las pacientes a centros de salud de más alto nivel. Varios países

de la región crearon los hogares para madres en circunstancias de alto riesgo. Estos hogares benefician especialmente a las poblaciones más vulnerables, como las adolescentes de comunidades rurales y pobres.

44. En Chile, la tasa de mortalidad materna es una de las más bajas de la región, lo que se explica por diversos factores: la importancia que se da al cuidado de la mujer durante el embarazo, la atención profesionalizada de los partos (enfermeras obstétricas y obstetras), y el programa de planificación familiar (iniciado en 1964). En un país que en esa época estaba casi totalmente urbanizado (80%), la estrategia privilegiada consistió en *llevar a la gente a la unidad de salud*. Así, se produjo un gran mejoramiento en la cantidad, calidad y distribución de los servicios de salud materna, que también condujo a un aumento sustancial del número de obstetras y a la extensión de sus estudios de posgrado. El Servicio Nacional de Salud pudo contratar cada año nuevos profesionales graduados de las universidades. La creación de un sistema de enfermería auxiliar fue la espina dorsal de los servicios de salud materna, sistema que comprende el control del peso de la mujer embarazada, nociones básicas sobre el cuidado de la salud, medición de la presión sanguínea y visitas a domicilio. Los controles prenatales se volvieron regulares, hasta un total de 14 controles por embarazo. Otra medida, aunque no directamente relacionada con lo anterior, fue la distribución de leche a los niños menores de 14 años, lo que incentivó a las madres a volver al centro de salud. Los servicios de planificación familiar –educación y distribución de anticonceptivos– se iniciaron a mediados de la década de 1960. Mientras tanto, la reforma educativa tuvo un efecto positivo en el aumento de las matrículas escolares, especialmente de las niñas, lo que significó que a principios de la década de 1970 más del 80% de las niñas habían cursado los ocho años de educación básica. Todo esto tuvo como consecuencia *un cambio significativo en la calidad de la demanda por servicios*. A mediados de la década de 1980, el UNICEF introdujo un enfoque de programación local orientado al riesgo (modelo de programación local) dentro del contexto del Programa Integrado para la Salud Materno Infantil. Este modelo apoyó procesos de descentralización (en planificación y administración de los recursos) y tiene una perspectiva intersectorial enfocada al riesgo: se priorizaron acciones en favor de los niños, las mujeres, las familias y las comunidades en las condiciones más precarias de salud y con los índices más altos de pobreza (especialmente los niños menores de seis años y las mujeres embarazadas). Se desarrollaron

programas locales cuyos objetivos se basaron en aspectos específicos de cada situación, con estrategias para la coordinación intersectorial. Las actividades planificadas tenían componentes de promoción de la salud, protección y rehabilitación. Las agrupaciones de mujeres han participado en la capacitación en cuidados de la salud, educación y generación de ingresos. Durante la década de 1990 aumentó considerablemente el número de "hospitales amigos de los niños" entre los Centros Primarios de Atención de Salud. Se dio especial énfasis al apoyo mutuo entre las madres y a la participación de la comunidad.

45. Brasil enfrentó la necesidad de reducir la mortalidad materna poniendo especial énfasis en la prevención y en las iniciativas de concientización, fortaleciendo la demanda por servicios de buena calidad y la atención a la salud de la mujer en general. Una primera evaluación de la Iniciativa de la Maternidad sin Riesgos (que comenzó a implementarse en 1996) señaló una mayor conciencia tanto entre los equipos hospitalarios como entre las autoridades sobre la necesidad de mejorar la calidad de la atención de salud dirigida a la mujer y a los niños y la importancia de agregar a las herramientas de evaluación criterios más específicos sobre humanización de la atención. El alto porcentaje de partos "institucionales", incluido el extremadamente alto número de cesáreas, requirió de una campaña en favor del parto normal (*"el parto normal es natural"*) y la concientización sobre los riesgos del procedimiento quirúrgico.

46. En Cuba, la prevención y la mayor promoción de la salud de la mujer y de la salud materna constituyen los pilares de la estrategia de maternidad sin riesgos. El acceso universal a servicios de salud de calidad se refleja en la organización descentralizada y regionalizada del sistema de salud. Los médicos de familia (uno por cada 20 familias) y las enfermeras desempeñan un papel esencial en el Sistema Primario de Salud, que cuenta con amplia participación de la comunidad. El Programa Nacional de Salud Materno Infantil es revisado periódicamente. El plan, que sirve de guía metodológica, abarca los principales problemas relacionados con la morbilidad y la mortalidad maternas; en él se privilegia un enfoque intersectorial y la participación de la comunidad.

47. A pesar de las dificultades que surgen cuando se comparan las condiciones específicas de los países y se las utiliza como base para las recomendaciones

o componentes de una estrategia regional, se pueden extraer algunos elementos comunes o resaltar aquellos propios de las experiencias exitosas que podrían ser repetidas. Los que siguen son algunos de esos elementos comunes.

- La promoción de actividades para una Maternidad sin Riesgos y apoyo a las actividades de prevención (por ejemplo, la planificación familiar).
- La reforma legislativa, la (re)definición de las políticas públicas relacionadas con la salud de la mujer, salud sexual y reproductiva, etcétera.
- Los esfuerzos dirigidos a aumentar la disponibilidad de servicios de salud materna de buena calidad y el acceso a ellos.
- Un enfoque integrado e intersectorial para la programación y la realización de proyectos, con una mayor cooperación de entidades nacionales e internacionales y mayor coordinación entre éstas.
- La participación de los adolescentes y de la comunidad.
- La valoración de las agrupaciones de mujeres como los principales agentes de difusión de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos y de los mensajes de promoción de la salud de la mujer.
- Más actividades de información, educación y comunicación en el nivel local y nacional, que involucren a la familia, a la comunidad y a los trabajadores de la salud.
- Mayor participación del hombre y de la familia en el tema de la salud de la mujer y la supervivencia materna.

V. SUPERVIVENCIA MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

48. El desafío para los próximos años consiste en acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas. Sólo se puede lograr que las mujeres sobrevivan y *disfruten* de su maternidad (oportunamente y en condiciones adecuadas) mediante una combinación de acciones que combatan las causas, directas e indirectas, de la mortalidad materna.

49. La estrategia regional para la reducción de la mortalidad materna se estructura dentro de la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo, y debe ser adaptada a las condiciones y circunstancias específicas de los países de América Latina y el Caribe. Una base para la estrategia regional de la década es el análisis de las

intervenciones exitosas y de las que no tuvieron éxito, incluyendo la perspectiva de la *muerte materna como una violación a los derechos humanos*.

50. Al observar las diferentes circunstancias y condiciones (dentro de los países y entre los países) que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad maternas, queda claro que no puede haber una *estrategia y un modelo* para el conjunto de la región; por el contrario, la estrategia requiere adaptaciones a las condiciones de cada país.

51. La estrategia regional continuará apoyando las iniciativas establecidas con el fin de reducir la mortalidad materna. Por ejemplo, la experiencia del UNICEF con los Hospitales Amigos de los Niños puede brindar infraestructura y espacios para implementar acciones en favor de la Maternidad sin Riesgos. Es necesario fortalecer las alianzas con los gobiernos y las organizaciones de base comunitarias y centrarlas en el problema de las muertes maternas dentro del contexto de los derechos humanos. En el ámbito comunitario, se necesita mayor apoyo mediante el trabajo intensificado de grupos de apoyo locales, como los grupos de mujeres, los hogares para madres, la organización de las parteras tradicionales, los grupos de adolescentes y líderes comunitarios. El apoyo de la familia, incluido el cuidado posparto, es fundamental. Especial atención requiere la concientización del hombre sobre la importancia de los cuidados maternos, ya que él debe participar y asumir responsabilidades en la lucha por la supervivencia materna.

52. La estrategia regional se basa en la premisa de que los requisitos mínimos para una salud materna segura son: la *disponibilidad de servicios maternos de buena calidad*,²⁹ a precios razonables y fácilmente accesibles, conjugada con unas *buenas condiciones de salud y nutricionales* de la mujer desde el nacimiento y particularmente durante el embarazo. Esto significa cumplir el derecho de las mujeres a la buena salud, y supone cambios en las actitudes y en el comportamiento del hombre, de la mujer y de la comunidad hacia la salud de ellas en general, y hacia la maternidad segura en particular. Recientemente, la OMS, el FNUAP, el Banco Mundial y el UNICEF lanzaron una Declaración sobre la Mortalidad Materna,³⁰

29 Servicios maternos tales como el cuidado de la salud durante el embarazo, el cuidado del parto, la disponibilidad de atención obstétrica básica, el cuidado del período posterior al parto y los servicios de planificación familiar.

30 El 28 de octubre de 1999, Noticias UNICEF, diciembre de 1999.

que refleja el interés común de las agencias por combatir la mortalidad materna en los países en desarrollo y establece que la educación de las niñas y su acceso a la información, acompañados de una mejor atención a su nutrición, son un elemento clave en la estrategia para reducir la mortalidad materna.

53. Como se concluyó anteriormente, durante el último decenio se han realizado numerosas acciones dirigidas a reducir la mortalidad materna. Algunos de esos proyectos se han llevado a cabo en cooperación con otras agencias de las Naciones Unidas, pero la mayoría han sido realizados con aliados de gobiernos y ONGs locales e internacionales, o por medio de ellos. En una declaración mundial la OMS, el FNUAP, el UNICEF y el Banco Mundial reconocen la necesidad de acciones más aceleradas y en sus conclusiones proponen un conjunto de intervenciones que garanticen los siguientes puntos.

- *El mejoramiento y el amplio acceso a servicios de salud, en todas las modalidades necesarias, de manera que se enfrenten las causas inmediatas de muerte materna. Se trata de las acciones que hemos llamado de atención inmediata, que implican movilizar los recursos del sistema de salud y la descentralización de los servicios maternos.*
- *El compromiso de la sociedad organizada para lograr una maternidad segura. Deben tomarse en cuenta los niveles básicos organizativos, con participación de las familias y de los diversos actores sociales, incorporando la opinión de las mujeres, cualquiera que sea su condición. Esta estrategia implica desarrollar acciones focalizadas en grupos de riesgo, lo cual requiere tener claridad sobre las condiciones que generan vulnerabilidad social. En otras palabras, esta estrategia tiene que atacar las violaciones a los derechos económicos y sociales.*
- *El rol preponderante de los medios de comunicación para convencer a la opinión pública sobre la necesidad de asumir responsabilidad en evitar las muertes maternas. Es necesario promover la responsabilidad masculina y respetar las diversas nociones culturales relativas a la maternidad.*
- *El establecimiento de políticas integrales de protección a la maternidad implica reconocer y atender las necesidades que enfrentan las mujeres desde que nacen.*

La atención a las niñas y adolescentes es fundamental. La eliminación de los factores discriminatorios es urgente. El enfoque de derechos vincula la atención a la necesidad y la capacidad ciudadana de reclamarla para cada persona, en cualquier momento de la vida. Cada uno de los integrantes del UNICEF debería asumir el reto de colaborar en la erradicación de la mortalidad materna por ser una expresión de una cierta injusticia social que castiga a las mujeres por el hecho de ser madres.

En 1999, el Comité Coordinador Interagencial estableció un Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna, con representantes de FNUAP, OPS, USAID, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial y UNICEF. Entre otras funciones, este grupo debe facilitar la coordinación en el nivel nacional, identificando necesidades y oportunidades de apoyo a las acciones, promover la investigación e identificar diferencias e intereses comunes en los programas del país.

54. Entre las actividades específicas, regionales y en el nivel nacional, que reciben apoyo de las agencias se encuentran las siguientes.

- Las prioridades regionales de FNUAP se concentran en la salud sexual y reproductiva, especialmente de los adolescentes. Otras áreas de trabajo incluyen la prevención de embarazos no deseados, de abortos peligrosos, de enfermedades transmitidas sexualmente y del VIH/sida.
- La OPS ha proporcionado apoyo técnico a las reformas de los servicios de salud y para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre salud.
- Entre las principales áreas de acción de USAID están la planificación familiar, la atención posterior al aborto, la nutrición, la preparación para el parto, el manejo de las complicaciones del embarazo y la atención de partos.
- El Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial han concentrado su interés en el equipamiento para la atención obstétrica básica y en planes de seguro para la madre y el niño.
- En la década de 1990, el UNICEF ha respaldado la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños, la capacitación de parteras tradicionales y el apoyo a hogares para madres; ha promovido la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos, imparte información, educación y comunicación y aboga para lograr las reformas legislativas necesarias.

55. Las siguientes cuatro líneas de acción constituyen el marco de la Estrategia Regional para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas. El marco sirve de pauta para diseñar e implementar, en el nivel nacional, estrategias para reducir la mortalidad materna. Como se dijo, el diseño de los Planes Nacionales de Acción para la reducción de la mortalidad materna requiere adaptación a las condiciones de cada país y, dentro del país, a las de la comunidad local. La estrategia regional propone fundamentar estos planes nacionales en cuatro pilares:

- (I) Concientizar sobre el problema;
- (II) ampliar el acceso a los servicios;
- (III) mejorar la calidad de los servicios y
- (IV) mejorar la recolección de datos y el monitoreo de los procesos.

ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

I. CONCIENTIZAR SOBRE EL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD MATERNA. MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES SOCIALES DE LAS NIÑAS Y LAS MUJERES

- Concientizar y movilizar a los diferentes actores sociales para que contribuyan a una Maternidad sin Riesgos y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

- Promover la responsabilidad y la participación del hombre y el respeto por los derechos de la mujer.

• **Movilización social en el nivel regional**

- A través de los medios de comunicación, concientizar al público en general sobre la magnitud y las graves consecuencias de la mortalidad materna.

- Promover la prestación de servicios de salud y de nutrición accesibles y de buena calidad.

- Establecer relación entre las actividades para reducir la mortalidad materna y la campaña interagencial sobre violencia contra la mujer.

• **Movilización social en los niveles nacional y local**

- Difundir información sobre mortalidad materna por medio de los Embajadores de Buena Voluntad del UNICEF y los líderes de opinión nacionales.

- Concientizar a la comunidad: sensibilizar a las autoridades locales, a los líderes formales e informales, a las organizaciones de mujeres y a los adolescentes.
- Información, educación y comunicación para concientizar a la comunidad sobre las necesidades de las mujeres embarazadas, la importancia de reconocer los posibles riesgos de un embarazo y la ubicación de los Centros de Atención Obstétrica Básica.

II. FACILITAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

- **Reducción de las barreras económicas**

- Promover la creación del seguro nacional para la maternidad sin riesgos.
- Crear fondos locales de salud, apoyados por el gobierno central, o mecanismos equivalentes, que cubran los costos de los servicios maternos y de transporte en casos de emergencia obstétrica.
- Identificación de fuentes de financiación para cubrir gastos recurrentes de atención médica durante el embarazo, el parto y el posparto.

- **Reducción de las barreras geográficas**

- Dar prioridad a los hospitales distritales o municipales y movilizar recursos para promover la adecuación de servicios de atención obstétrica básica en centros de salud.
- Crear mecanismos para garantizar en casos de urgencia la remisión de pacientes a centros de Atención Obstétrica de Emergencia.
- Asignar trabajadores capacitados para atender partos en los centros de salud locales.

- **Reducción de barreras culturales**

- Instruir y concientizar a los trabajadores de la salud sobre las necesidades propias de las diferentes culturas en lo que respecta a sus creencias y costumbres durante el embarazo y los cuidados maternos.
- Promover políticas nacionales que apoyen la articulación entre los sistemas de salud formal e informal
- Capacitar permanentemente a las parteras tradicionales y monitorear su trabajo.

- Fomentar la participación de la familia, la comunidad y los grupos de apoyo en programas que busquen reducir la muerte materna mediante la identificación de los riesgos de la maternidad y la concientización sobre las necesidades de las madres.
- Promover la creación de redes de apoyo comunitario para mujeres embarazadas (especialmente para mujeres en circunstancias de alto riesgo).

III. MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Definición de los elementos de juicio para acreditar un establecimiento de salud como "Amigo de la Mujer" (WFHS por sus siglas en inglés, Women Friendly Health Services).
- Apoyo para obtener la certificación de WFHS para aquellos hospitales con más alta demanda de servicios obstétricos.
- Monitoreo y seguimiento a los hospitales ya acreditados.
- Preparación de un plan de implementación regional de esta iniciativa, con objetivos, estrategias y un presupuesto claramente definidos.
- Ampliar el sistema de remisión/tratamiento de pacientes mediante la expansión de esta iniciativa de WFHS a los centros de atención de salud primarios.
- Promover acciones que apoyen la adaptación cultural de los servicios de salud maternos (en todo nivel).

IV. MEJORAR LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y EL MONITOREO DE LOS PROCESOS

- Impulsar en cada país, la actualización de los datos correspondientes a las tasa de mortalidad materna.
- Promover el estudio de los casos de muerte materna.
 - Iniciar el análisis individual de cada muerte materna.
- Promover la actualización (y el uso) de indicadores de proceso para monitorear el progreso:

- porcentaje de uno o más controles médicos durante el embarazo;
 - porcentaje de partos atendidos por profesionales de la salud;
 - porcentaje de consultas posparto (incluyendo cesáreas);
 - número y ubicación de los centros de atención obstétrica de emergencia;
 - número de muertes maternas en los centros de salud y hospitales.
-

**APÉNDICE 1. Estimación de mortalidad materna en las diferentes regiones,
Naciones Unidas, 1990.**

	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (MUERTES MATERNAS POR 100.000 NACIDOS VIVOS)	NÚMERO DE MUERTES MATERNAS	RIESGO DE MUERTE MATERNA A LO LARGO DE LA VIDA: 1 EN:
Total mundial	430	585.000	60
Regiones más desorrrallas*	27	4.000	1 800
Regiones menos desarrolladas	480	582.000	48
África	870	235.000	16
Asia*	390	323.000	65
Europa	36	3.200	1 400
América Latina y el Caribe	190	23.000	130
Caribe	400	3.200	75
América Central	140	4.700	170
América del Sur	200	15.000	140
América del Norte	11	500	3 700
Oceanía*	680	1.400	26

* Australia, Nueva Zelanda y Japón se han excluido de los totales regionales pero se han incluido en el total de los países desarrollados.

Fuente: Estimación actualizada de mortalidad materna, 1990, Un nuevo enfoque de la OMS y del UNICEF.

APÉNDICE 2. Estimaciones de mortalidad materna en América Latina y el Caribe

	1990 TASA DE MORTALIDAD MATERNA (por 100.000 nacidos vivos)	1990 NÚMERO DE MUERTES MATERNAS	1980-1997 TASA DE MORTALIDAD MATERNA (por 100.000 nacidos vivos)	1997* NÚMERO DE MUERTES MATERNAS
Argentina	100	690	85	605
Barbados	43	5		
Belice			140	10
Bolivia	650	1.600	390	1.014
Brasil	220	8.400	160	5.120
Chile	65	200	23	67
Colombia	100	800	80 (a)	698
Costa Rica	55	45	35 (a)	30
Cuba	95	170	24 (a)	35
Ecuador	150	460	160	494
El Salvador	300	530	160	267
Guatemala	200	730	190	783
Guyana			190	34
Haití	1.000	2.300		
Honduras	220	410	220 (a)	444
Jamaica	120	65	120	66
México	110	2.700	85 (a)	1.993
Nicaragua	160	250	160	235
Panamá	55	35	85	52
Paraguay	160	240	190	304
Perú	280	1.700	270	1.655
República Dominicana	110	220	230	453
Surinam			110	10
San Cristóbal y Nevis			130	1
San Vicente y Granadinas			43	1
Trinidad y Tobago	90	25		
Uruguay	85	45	21	11
Venezuela	120	680	65	371

* estimaciones

(a) = ajustada

Fuente: "Estado Mundial de la Infancia 1999", información actualizada por Esther Jurgens (TACRO).

APÉNDICE 3. Grupos de países

Grupo A – Baja tasa de mortalidad materna (menos de 100)

- ++ Buena infraestructura del sistema de salud, con buen nivel de acceso.
- ++ Calidad y uso de los servicios de salud materna.
- ++ Buena salud reproductiva general/nutrición y nivel socioeconómico de la mujer.
- ++ Alto nivel de alfabetismo de las mujeres.

Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Uruguay, Venezuela

Grupo B – Tasa media de mortalidad materna (de 100 a 200)

- + Buen acceso y uso de servicios de salud reproductiva (la mayoría de los partos son asistidos por profesionales capacitados).
- Desigualdades en la atención.
- + Alta tasa de mujeres alfabetas y altas tasas de intervalos intergenésicos.
- Problemas en la salud reproductiva general (especialmente, ETS /VIH/sida).
- Problemas en el nivel nutricional (incluidas mujeres con deficiencias de micronutrientes).

Belice, Brasil, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay

Grupo C – Tasa alta de mortalidad materna (de 200 a 600)

- + - Aproximadamente la mitad de los partos son asistidos por parteras tradicionales o por parientes.
- + - Buen acceso a una atención obstétrica básica en caso de complicaciones, pero problemas en la calidad.
- Baja calidad de la atención en salud reproductiva.
- Alta prevalencia de embarazos adolescentes.
- Abortos inseguros.
- Altas tasas de VIH/sida.
- Bajo nivel nutricional de las mujeres.
- Bajo acceso de las niñas a la educación.

Bolivia, República Dominicana, Honduras, Perú

Grupo D – Tasa muy alta de mortalidad materna (más de 600)

- Sistemas de salud deficientes.
- La mayoría de los partos no son atendidos y tienen lugar en los hogares.
- Acceso limitado a los cuidados obstétricos básicos.
- Condición de la salud reproductiva deficiente (alto porcentaje de planificación familiar no satisfecha, alta prevalencia de ETS /VIH/sida).
- Deficiente estado nutricional de las mujeres (incluida alta prevalencia de anemia y otras deficiencias de micronutrientes).

- Bajo nivel de alfabetismo en la familia.
- Bajo porcentaje de niñas que asisten a la escuela.
- Alto nivel de violencia contra la mujer.
- Prácticas tradicionales perjudiciales.

Haití

Fuente: Programación para la Supervivencia Materna (borrador), UNICEF Nueva York, Sección de Salud / División de Programas, agosto de 1998.

APÉNDICE 4. Estudios de caso

CASO 72

Identificación de la madre

Nombre:	Luz G. G.
Nacionalidad:	nicaragüense
Edad:	27 años
Escolaridad:	primaria
Estado Civil:	acompañada
Ocupación:	ama de casa
Religión:	católica
Residencia:	área rural del departamento de Chontales

- *Antecedentes obstétricos:* éste era su cuarto embarazo y se indica que sufría de desnutrición, además de inflamación de las articulaciones (artritis) antes de su último embarazo.
- *Embarazo:* recibió sólo un control durante el embarazo (se recomienda internacionalmente tener alrededor de nueve consultas durante todo el embarazo); se informa que fue atendida en un puesto de salud por un auxiliar de enfermería y que durante su embarazo presentó sangrado vaginal y se le diagnosticó una infección urinaria.
- *Parto:* fue atendida en el domicilio. Después de 30 semanas de gestación, el parto fue por vía vaginal. Durante un período muy breve de menos de cuatro horas y durante el parto hubo retención placentaria y sangrado vaginal. Ninguna persona adiestrada asistió este parto.
- *Causa de la muerte:* retención placentaria.
- *Comentarios:* esta madre, en condiciones socioeconómicas y de accesibilidad física adversas (ocho horas para acceder al primer centro de salud), presentaba alto riesgo, lo que pudo haber sido establecido en uno de los controles que efectivamente se realizó, en el cual se detectaron complicaciones importantes que pudieron ser prevenidas o corregidas oportunamente. Sin embargo, ni siquiera logró ser conducida a una atención institucional de mayor complejidad para tener un parto institucional.

CASO 11

Identificación de la madre

Nombre:	Silvia
Nacionalidad:	nicaragüense
Edad:	41 años
Escolaridad:	analfabeta
Estado Civil:	acompañada
Ocupación:	ama de casa
Religión:	evangélica
Residencia:	área rural del departamento de Nueva Segovia

- *Antecedentes obstétricos:* Silvia había tenido 11 embarazos, de los cuales uno finalizó con un aborto (se desconoce el tipo). No era usuaria de métodos anticonceptivos y antes de su embarazo se le había diagnosticado una hemiplejía (parálisis) del lado izquierdo de su cuerpo de ocho meses de evolución.
- *Embarazo:* a pesar de los riesgos que presentaba, Silvia no recibió ningún control prenatal.
- *Parto:* el parto de Silvia lo atendió su esposo, en su casa (se trata de un socorrista de salud). El parto tuvo una duración de entre cuatro y 12 horas y durante el mismo Silvia presentó intenso dolor de cabeza.
- *Causa de la muerte:* Silvia fallece a causa de una infección puerperal, posiblemente provocada por retención de restos placentarios, que afectó la mucosa uterina (endometritis puerperal), que cuando se generaliza causa la muerte.
- *Comentarios:* la muerte ocurrió en el domicilio exactamente un mes después del parto. Sin duda se trataba de una madre de alto riesgo, no sólo por su alta paridad y por su edad, sino debido a la parálisis que sufría en la mitad de su cuerpo, además de que padecía una severa desnutrición y vivía en condiciones de extrema pobreza.

Esta muerte pone de manifiesto la inequidad y la situación de injusticia social que afecta a un alto porcentaje de la población, conjugado con la inadecuada organización de los servicios de salud, que no cubre zonas de difícil acceso aunque se trate de mujeres que enfrentan el riesgo de morir.

CASO 13

Identificación de la madre

Nombre:	Karla
Nacionalidad:	nicaragüense
Edad:	16 años
Escolaridad:	analfabeta
Estado civil:	acompañada
Ocupación:	ama de casa
Religión:	sin Información
Residencia:	área rural del Municipio de Jalapa, Departamento de Nueva Segovia

- *Antecedentes obstétricos:* con sus tempranos 16 años, Karla ya vivía la experiencia de su primer embarazo; se señala que era usuaria de las píldoras como método anticonceptivo.
- *Embarazo:* Karla asistió al centro de salud, donde el médico le practicó cuatro controles prenatales. Durante su embarazo no se le detectó ninguna enfermedad.
- *Parto:* el parto fue atendido por una partera en su domicilio, y se ignora si Karla fue o no adiestrada. Aparentemente, fue un parto con algunas dificultades ya que duró más de 12 horas, en que se presentó abundante sangrado vaginal.
- *Causa de la muerte:* Karla muere como consecuencia de la no expulsión de la placenta (retención placentaria) en el período inmediato posterior al parto, posiblemente complicada con un desgarro del cuello uterino.
- *Comentarios:* Karla vivía en una comunidad cercana a la montaña; para llegar al centro de salud debía recorrer 15 kilómetros por un camino de acceso difícil. Su situación es similar a la de muchas mujeres que, aunque hacen verdaderos sacrificios para controlar su embarazo, en el momento del parto no cuentan con los recursos para salir oportunamente en busca de un centro de atención. Si bien por su condición de nulípara y por su edad el de Karla era un caso de alto riesgo en el momento del parto, si hubiese contado con un hogar materno o con una unidad de salud debidamente equipada más cercana a su comunidad posiblemente su muerte se habría evitado.

APÉNDICE 5. Red causal de la mortalidad materna

INTRODUCCIÓN EN EL MODELO

El modelo muestra un cuadro (pág. 244) que incluye algunos factores y su interrelación con la supervivencia materna. A la izquierda aparecen los aspectos relacionados con la oferta y a la derecha aquellos relacionados con la demanda. Para un análisis profundo de la situación de la mortalidad materna en un país se requiere determinar todos los factores (subyacentes) que forman parte del problema. La importancia relativa de estos factores y de sus relaciones varían de un país a otro, según cuáles sean los aspectos específicos de cada situación. Así, aunque el modelo es explicativo, no se trata de una fórmula.

En cada país habrá una combinación particular de factores y el valor de cada uno de ellos en el logro de la maternidad sin riesgos variará de uno a otro. Este modelo, que se construye para fines teóricos, tendrá un aspecto diferente según las características de cada país, por ejemplo en los casos presentados a continuación.

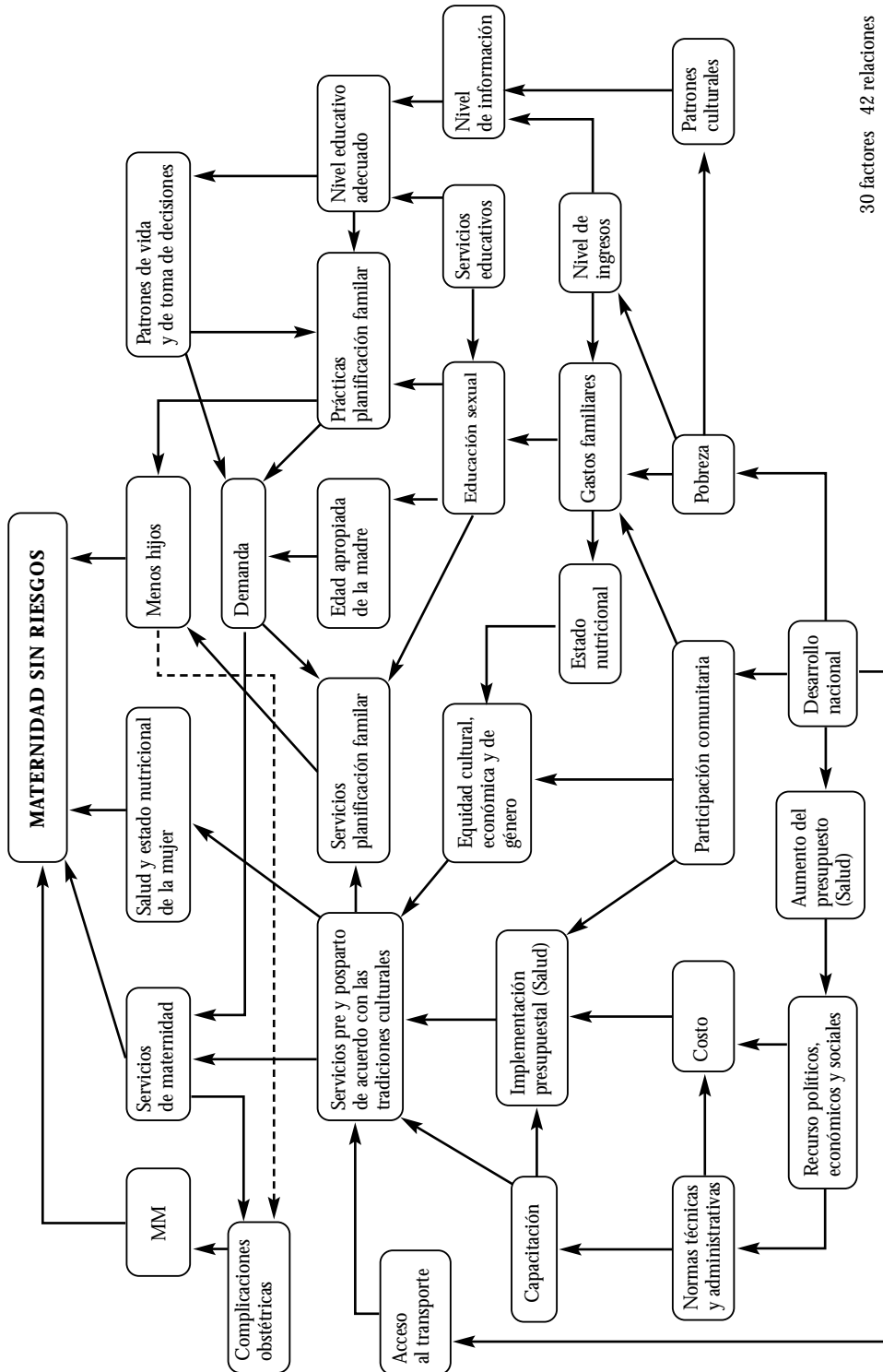
- En los casos de Chile y Cuba –países que actualmente presentan las cifras más bajas de mortalidad materna en la región– durante muchos años se han concentrado los esfuerzos en los factores localizados en la parte inferior y superior izquierdas: construcción de infraestructura, capacitación del personal, etc. Además de este desarrollo, se produjo un aumento en el nivel educativo de las niñas (parte superior derecha, junto a la demanda), que a largo plazo resultó en un aumento en la demanda.
- En parte, esto también explicaría la alta tasa de mortalidad materna que registra el Perú, debida al desequilibrio entre oferta y demanda. Durante los últimos años, el gobierno ha invertido en mejorar los servicios (parte inferior izquierda), lo que aumentó la disponibilidad de éstos, aunque la demanda permaneció estancada. En otras palabras, si no se combina con acciones que estimulen la demanda, especialmente acciones que tengan en cuenta las tradiciones culturales y las posibilidades de adaptación, un enfoque costo-efectividad sólo produce pequeños logros.

Pese a que la Atención Obstétrica de Emergencia (EOC) es un servicio de elección dentro de la gama de servicios de maternidad, el modelo no se apoya en él; la discusión se centra en el nivel de prioridad que debería tener la Atención Obstétrica de Emergencia en la estrategia para reducir la mortalidad materna. Es obvio que ella es la consecuencia de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, o que se han visto agravadas por estos estados. Sin embargo, es fundamental entender que la mayoría de las muertes maternas son susceptibles de prevención, siempre y cuando la paciente reciba cuidados durante el embarazo y en el período próximo al parto, de manera que pueda ser remitida a tiempo a instituciones especializadas, o sea, antes de que se presente la emergencia.

¿CÓMO ADAPTAR EL MODELO A LA SITUACIÓN DE UN PAÍS?

Es posible comenzar haciendo la lista de los factores relacionados con la maternidad sin riesgo y con los factores de oferta y demanda. Luego, los factores pueden ser evaluados, observando, por ejemplo, las políticas de salud, el acceso a los servicios, las tasas de alfabetismo de la mujer, el uso de los servicios de planificación familiar, etc. Los siguientes criterios pueden ser utilizados para evaluar los factores y las intervenciones: la magnitud del problema, la trascendencia que se espera que éste tenga, los aspectos comunitarios y el impacto social, económico y ambiental de las intervenciones propuestas. En el análisis también se pueden incluir las actividades de otros actores sociales (agencias internacionales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales), con sus estrategias y sus áreas prioritarias de trabajo. Cuando se analiza cada intervención, se deben considerar la vulnerabilidad, la factibilidad y la viabilidad.³¹

31 Sepúlveda, Claudio.



APÉNDICE 6. Información básica para determinar la situación de mortalidad materna en un país

INDICADORES:

- Indicadores demográficos, incluido el porcentaje de embarazo adolescente (entre 10 y 19 años).
- Indicadores actualizados de morbilidad y maternidad maternas (nacional y local).
- Indicadores de proceso:
 - porcentaje de uno o más controles de embarazo;
 - porcentaje de partos atendidos por profesionales de la salud;
 - porcentaje de controles posnatales (incluidas las cesáreas);
 - número y localización de los centros de Atención Obstétrica de Emergencia;
 - número de muertes maternas en centros de salud y hospitales;
 - cobertura de los servicios de salud materna (primarios y secundarios) y acceso a ellos.

PLANES ESTÁNDARES E INICIATIVAS

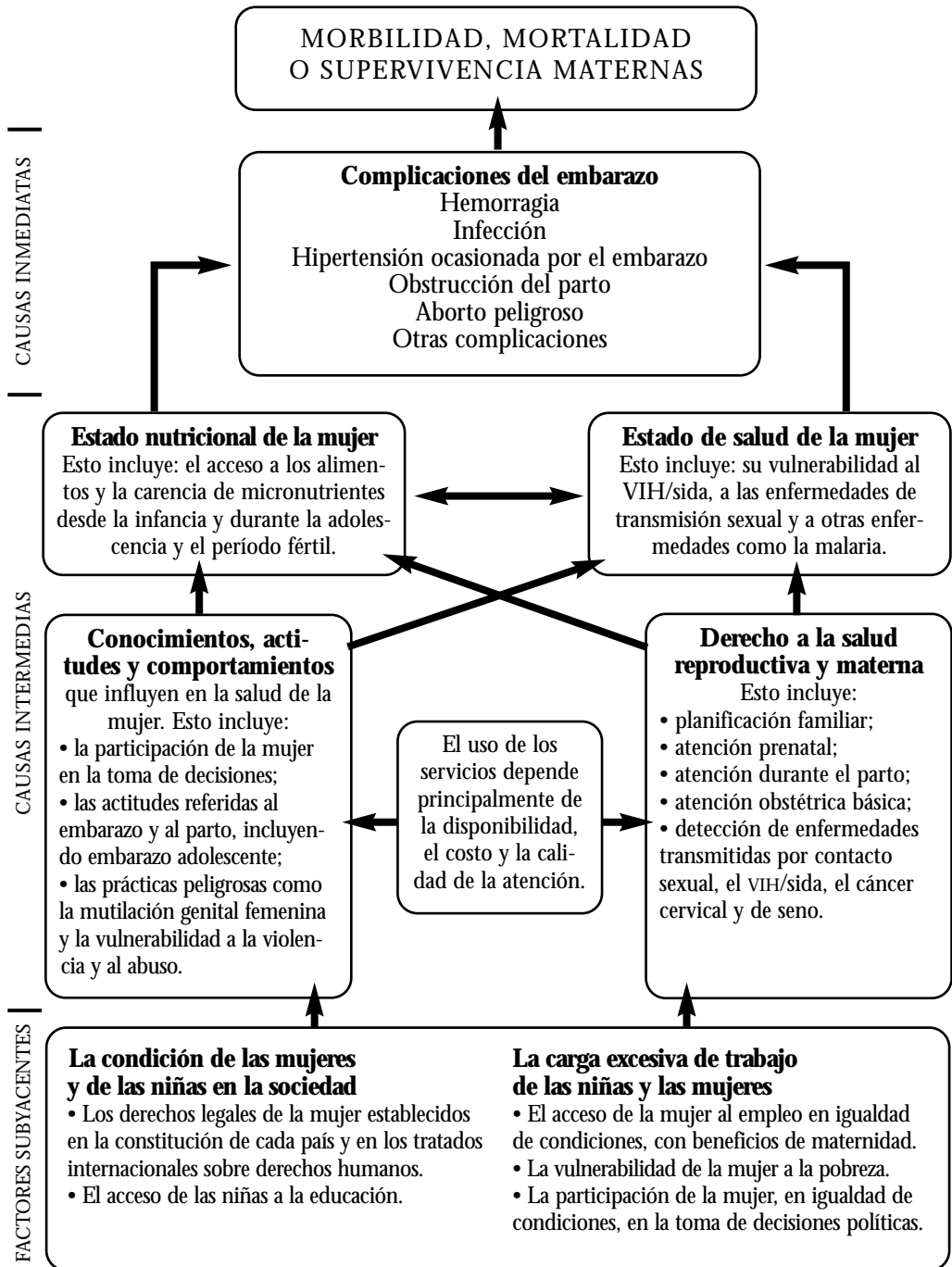
- Planes nacionales para la reducción de la mortalidad materna.
- Sistema de remisión y contra-remisión de pacientes.
- Protocolos y estándares para la prestación de servicios de salud materna.
- Iniciativas como los Hospitales Amigos de las Madres y de los Niños.
- Documentación sobre políticas y reforma de salud (salud sexual y reproductiva, salud materna, seguro para la madre y el niño).

INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES

- Ministerio de Salud: niveles de descentralización.
- Cooperación internacional (ONU, organizaciones bilaterales, ONGs).
- Salud materna y servicios de planificación familiar en el nivel nacional y local.
- Organizaciones comunitarias que participan en actividades de Información, Educación y Comunicación de base local.
- Centros donde se presta Atención Obstétrica de Emergencia.
- Servicios primarios para la atención de mujeres embarazadas, como es el caso de los hogares para madres.

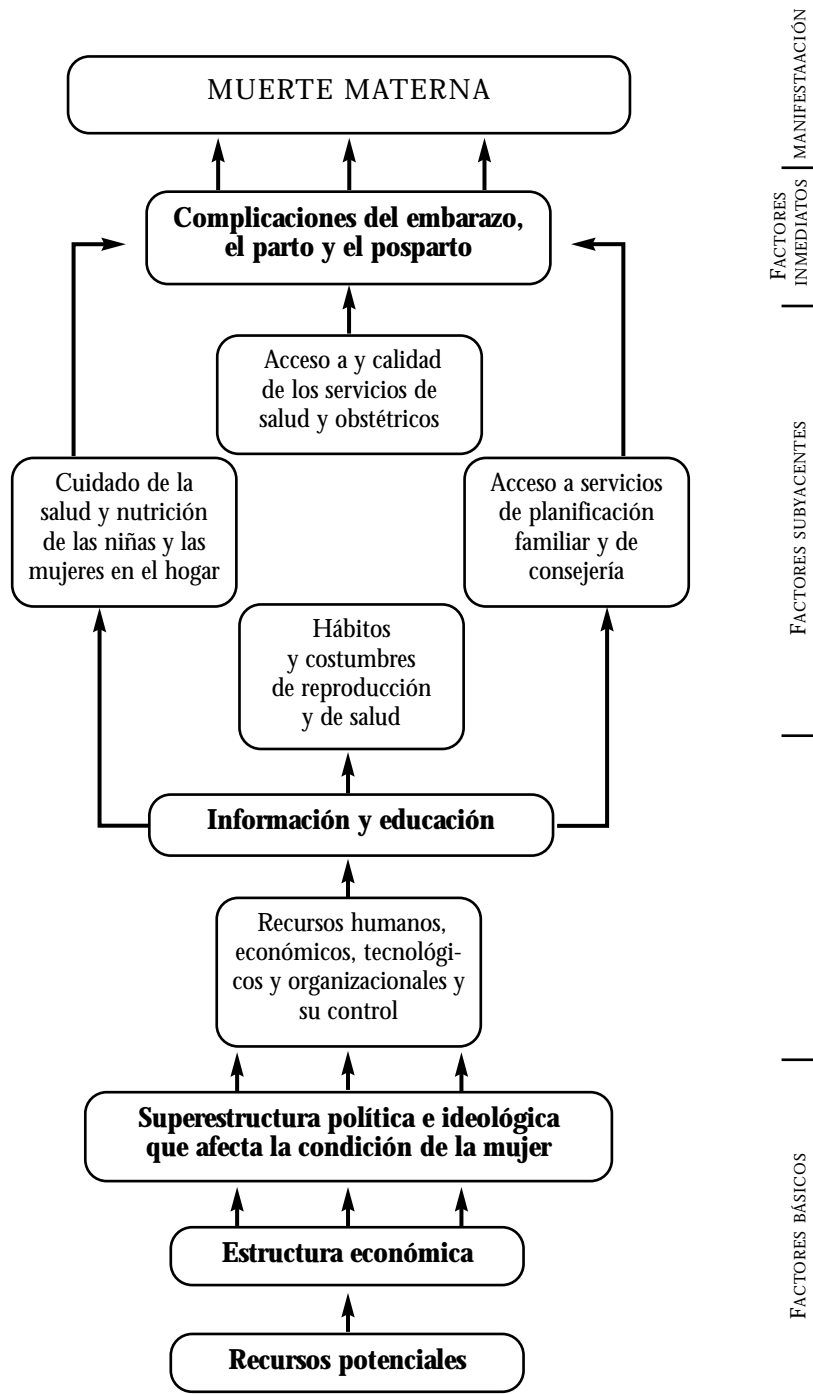
- Modalidades de atención de partos en el ámbito local: parteras tradicionales, centros de salud local, etcétera.
- Sistema de vigilancia de la mortalidad materna:
 - registro de las muertes maternas;
 - funcionamiento de comités institucionales (Ministerio de Salud);
 - análisis de las muertes maternas en el nivel institucional.

APÉNDICE 7. Marco para diagnosticar y analizar la salud materna



Fuente: Programación para la supervivencia materna, UNICEF, Nueva York, 1999.

APÉNDICE 8. Determinantes de la mortalidad materna



Fuente: Mortalidad materna en América Latina y el Caribe, UNICEF Bolivia, abril de 1999

APÉNDICE 9. Modelo para analizar estudios de caso. Muerte de la señora X

	ENTRADAS	VIA CRUCIS	SALIDAS	
FACTORES INMEDIATOS	Placenta previa	Hemorragia antes del parto		ATENCIÓN INMEDIATA
	Carencia de equipo técnico y médico en el hospital	Cesárea tres horas después del ingreso en el hospital	Servicios adecuados y personal médico suficiente para atender emergencias	
	Sangre insuficiente	Ingreso en el hospital con sangrado grave y en estado de shock: recibe sólo 500 ml de sangre	Sangre en cantidades adecuadas	
FACTORES SUBYACENTES	Carencia de transporte disponible. Zona rural apartada	cuatro horas para llegar al hospital	Transporte disponible. Centros de salud cercanos	ACCIONES LOCALIZADAS EN GRUPOS DE RIESGO
	Carencia de información. Escaso conocimiento sobre el cuerpo. Carencia de acompañamiento de personas cercanas.	2 hemorragias leves anteriores	Información accesible. Conocimiento del cuerpo. Cuidado de la familia y de la comunidad	
	Carencia de cuidado prenatal durante el embarazo	Anemia crónica, desnutrición y parasitosis crónicas	Servicios de cuidado prenatal	
FACTORES BÁSICOS	Escaso poder de decisión sobre la vida sexual y reproductiva	Embarazo indeseado	Poder de decisión sobre el propio cuerpo: autonomía	POLÍTICAS INTEGRALES DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD
	Valoración social de la mujer y de la maternidad sobre los roles de género	Siete partos (cinco hijos vivos)	Transformaciones culturales	
	Carencia de información. Ausencia de educación sexual	Nunca usó un método anticonceptivo	Educación sexual integral. Servicios accesibles de planificación familiar	
	Carencia de oportunidades de trabajo	Desempleo	Igualdad de oportunidades y de condiciones de trabajo para mujeres y hombres	
	Carencia de educación	Analfabetismo	Educación para las niñas y las mujeres	
	Carencia de alimentación adecuada	Desnutrición desde la infancia	Alimentación adecuada	
	Inequidades de género	Escasa valoración de la niña	Construcción de la autoestima y de una identidad positiva. Equidad de género desde la infancia	
	Pobreza. Inequidades sociales	Familia numerosa. Hogar de bajos ingresos	Justicia social y económica. Poder político	

A manera de ejemplo de este tipo de enfoque metodológico, es ilustrativo hacer el seguimiento de un caso típico de los países con altas tasas de mortalidad materna. Veamos lo que sucedió con la señora X.³²

La Señora X murió durante el trabajo de parto en un pequeño hospital distrital. El médico que la atendió no dudó sobre las causas de la muerte: un típico caso de hemorragia antes del parto debido a una placenta previa. Una mujer en esta condición sangra inevitablemente al final de la gestación o antes del parto. El médico quedó satisfecho con el diagnóstico, buscó el código correspondiente en la Clasificación Internacional de Enfermedades, codificó correctamente el caso y lo archivó.

Un comité de obstetras que investigaba confidencialmente las causas de las muertes maternas, según los modelos desarrollados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, se reunió, solicitó el prontuario hospitalario completo de la señora X y lo examinó detalladamente. El caso de la señora X fue reabierto.

En el prontuario de la señora X el comité señaló dos puntos cruciales:

- 1. cuando fue admitida en el hospital con sangrado grave y en estado de shock, la señora X recibió solamente 500 ml de sangre, cantidad insuficiente para compensar la enorme pérdida de sangre que estaba sufriendo;*
- 2. a la señora X tuvieron que hacerle una cesárea para detener la hemorragia, pero esta intervención quirúrgica se practicó sólo tres horas después de su ingreso en el hospital. La señora X murió en la mesa de cirugía.*

El comité concluyó que la muerte de la señora X era evitable. Juzgó que si hubiera habido sangre en cantidades adecuadas y si el servicio hubiera estado equipado para atender emergencias, la vida de la señora X se habría salvado.

Más tarde, un estudio poblacional financiado por la OMS, sobre las necesidades de salud materna en las comunidades, reveló que la señora X tardó cuatro horas en llegar al hospital después del inicio de la hemorragia porque no había transporte disponible para llevarla. También se descubrió que ésa no había sido la primera ocasión en que

32 Ejemplo tomado de "Por qué murió la señora X: el vía crucis de la muerte materna", presentación del doctor Mahmoud Fathalla, científico de la OMS y profesor de obstetricia de Egipto, en el 5° Programa de Estudios de Salud Sexual y Reproductiva, 15 mayo al 15 de junio de 1996, Brasil. Adaptado por Soraya Hoyos, Área Mujer y Equidad de Género, TACRO.

la señora X había sangrado. Anteriormente había tenido dos pequeñas hemorragias que pararon espontáneamente, lo que es siempre una señal de alarma al final de un embarazo, pues indica la inminencia de una hemorragia grave en las semanas siguientes. Nadie le había explicado este hecho a la señora X, y ni ella ni nadie tomó precauciones a tiempo.

La investigación realizada en las comunidades reveló que la señora X estaba lejos de ser una mujer saludable. Antes del embarazo ya sufría de anemia crónica por falta de hierro, causada por desnutrición y parasitosis crónicas. La señora X tampoco había tenido acceso a ningún tipo de cuidado prenatal durante el embarazo. La investigación concluyó que la muerte de la señora X obedecía a necesidades insatisfechas de la comunidad en el área de salud materna. El caso fue nuevamente cerrado. Pero no por mucho tiempo, debido a informaciones provenientes de una investigación sobre causas de la mortalidad materna en mujeres en edad reproductiva, patrocinada por la Family Health International.

La señora X tenía 39 años y había tenido siete partos. Cinco de sus hijos están vivos, tres de los cuales son de sexo masculino. Debido a su edad y al número anterior de partos, el último embarazo presentaba riesgos mucho más altos que los anteriores. Además, la señora X ya había expresado su deseo de no tener más hijos.

La señora X nunca tuvo acceso a información ni a educación sobre planificación familiar, nunca usó un método anticonceptivo ni conoció un servicio de planificación familiar. Este último estudio sugiere, por lo tanto, que la causa de la muerte de la señora X fue la falta de acceso a información, a educación y a servicios adecuados y oportunos de planificación familiar. El informe cierra preguntándose qué hubiera pasado si el embarazo indeseado no hubiera ocurrido. ¿Habría muerto la señora X?

Más tarde, un equipo de demógrafos que investigaba las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la comunidad contribuyó al estudio de caso con un nuevo elemento. La señora X era ama de casa y analfabeta, y su marido un trabajador rural de escasos recursos. Vivían en una zona rural apartada. Los científicos hicieron un estudio correlativo entre niveles socio-económicos y mortalidad y concluyeron que la señora X tenía un riesgo relativo de mortalidad materna cinco veces superior al de

una mujer de nivel socioeconómico medio, 10 veces superior al de una mujer del nivel socioeconómico más alto de su país y 100 veces superior al de una mujer del país industrializado más cercano.

Este estudio concluyó que la verdadera causa de la muerte de la señora X era su estatus socioeconómico y la escasa valoración social de su vida. Es decir, la señora X murió por causa de la pobreza y de la injusticia social.

Queda claro que las causas de la mortalidad materna pueden ser consideradas desde distintas perspectivas. Para responder a la pregunta de por qué la señora X u otras señoras X mueren a diario por razones relacionadas con la maternidad y el embarazo, todas estas perspectivas –médicas, económicas y sociales– deben ser tenidas en cuenta.

**Listado de participantes del seminario nacional
“Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos”,
Buenos Aires, 9 de agosto de 2001**

NOMBRE	APELLIDO	ORGANISMO	CIUDAD	PROVINCIA
ALICIA	SANTANA	SECRETARÍA DE SALUD LOMAS		BUENOS AIRES
GLORIA	ABAN	CONSEJO PROVINCIAL DE LA MUJER	SALTA	SALTA
ENRIQUE	ABEYA	MINIST. DE SALUD DE LA NACIÓN	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MÓNICA LIZ	ABRAHAM	MUNICIPALIDAD DE CALEUFÚ	CALEUFÚ	
ALBERTO	ACOSTA	SECRET. DEL DPTO. MATERNO INFANTIL		BUENOS AIRES
GUSTAVO EDGARDO	AGOLTI	MINISTERIO DE SALUD DEL CHACO	RESISTENCIA	CHACO
OLGA LIDIA	AGUILAR	SALUD PÚBLICA	SAN JUAN	SAN JUAN
ALICIA	ALCAX	CONS. DE LA MUJER DE RÍO COLORADO	RÍO COLORADO	RÍO NEGRO
FERNANDA	ALONSO	MUNICIPALIDAD DE GRAL. PICO	GRAL. PICO	LA PAMPA
MONIQUE	ALTSCHUL	FUNDACIÓN MUJERES EN IGUALDAD	FLORIDA	BUENOS AIRES
ANA MARÍA	ANDIA	PROG. PCIAL. DE SALUD REPRODUCTIVA		MENDOZA
GUSTAVO	ANRIQUEZ	SEC. DE SALUD - MUNICIPALIDAD DE TIGRE	V. GESELL	BUENOS AIRES
MARÍA DEL CARMEN	ARANDA	M. DE RESISTENCIA	RESISTENCIA	CHACO
CELIA	ARENA	ÁREA MUJER PROVINCIAL		SANTA FE
CRISTINA	ARÉVALO	PTA. DEL CONSEJO DE LA MUJER	RÍO COLORADO	RÍO NEGRO
NOEMI	AUMEDES	DIRECCIÓN DE LA MUJER	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA ROSA	ÁVILA	CONSEJO NACIONAL DE LA NIÑEZ	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA LAURA	BARRAL	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA CECILIA	BARREIRO	MUNICIPALIDAD DE LA PAMPA	EDO. CASTEX	LA PAMPA
TERESITA I.	BATIZ	DIRECCIÓN DE LA MUJER	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARGARITA	BEBERAGI	ÁREA MUJER MUNICIPAL DE RESISTENCIA	RESISTENCIA	CHACO
MARIANA	BECERRA	DEF. DEL PUEBLO DE LA NACIÓN	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ALFREDO	BELLIZ	MINISTERIO DE SALUD	RAWSON	CHUBUT
PATRICIO	BENITEZ	UCEFF	FLORENCIO VARELA	BUENOS AIRES
MARGARITA	BERKENWALD	LEGISLATURA DE LA CDAD. DE BS. AS	BUENOS AIRES	
MIRIAM	BERLAK	FES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ANDREA	BLAKE	PMI - PROVINCIA DE BUENOS AIRES	LA PLATA	BUENOS AIRES
MARTA ELISA	BOUCHET	CONSEJO PROVINCIAL DE LA MUJER	VIEDMA	RÍO NEGRO
MARÍA	BRESSA	DEFENSORÍA DEL PUEBLO	ROSARIO	SANTA FE
MARIO	BROTEKY	AAGOPISSAS	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
LILIANA	BRUNO	SUBS. DE LA MUJER	RESISTENCIA	CHACO
AMELIA DEL CARMEN	BUSTAMANTE	ASOC. PROV. A DE CASAS		JUJUY
MARIANA	BUTINOJ	FUNDACIÓN CLASYD	CÓRDOBA	CÓRDOBA
MERCEDES	CACERES	ÁREA DE LA MUJER		LA RIOJA
ELISA	CARCA	CEIM	SAN NICOLÁS	BUENOS AIRES
VERÓNICA	CASSETTA	PRENSA	VTE. LÓPEZ	BUENOS AIRES
G.	CASTRO	LEGISLATURA DE JUJUY	JUJUY	JUJUY
ELDA	CERRANO	SEC. DE SALUD PÚBLICA	ROSARIO	SANTA FE
EVELINA	CHAPMAN	PROGRAMA MATERNO INFANTIL	TUCUMÁN	TUCUMÁN
VÍCTOR HUGO	CHÁVEZ	HCD DE SANTA CRUZ	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SUSANA	CHECA	PROAME	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SILVIA	CHERA	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
DANIELA	CHUBAROVSKY	INDEC	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA ROSA	CISNEROS	DEFENSORÍA NIÑOS Y ADOLESCENTES	MERLO	BUENOS AIRES
MARILA	CLUR	MULTISECTORIAL DE MUJER	SANTA FE	SANTA FE
CECILIA	CORREA	FEIM	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA JUANA	COSTAS	DEPTO. DE MATERN. E INFANCIA	SANTA ROSA	LA PAMPA
NIDIA	COTTI	PROMIN	POSADAS	MISIONES
HERNÁN	CUEVAS	FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA ANDREA	DAKESSIAN	RIEPS	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
VIVIANA	DELLA SIEGA	DEFENSOR PUEBLO DE SANTA FE	ROSARIO	SANTA FE
MARÍA LUJÁN	DE LA PORTILLA	C. E. S. PPE. D.H.	SAN MIGUEL	BUENOS AIRES
LUCILA	DE LA PORTILLA	C. E. S. PPE. D.H.	SAN MIGUEL	BUENOS AIRES
GUIDA	DE NICOTTI	UCEPMI Y N	MARTÍNEZ	BUENOS AIRES
MARISÚ	DEVOTO	FUNDACIÓN PROPUESTA	BANFIELD	BUENOS AIRES
GRACIELA	DI MARCO	SEC. DE PROM. SOCIAL	CIUDAD DE BUENOS AIRES	

Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos


NOMBRE	APELLIDO	ORGANISMO	CIUDAD	PROVINCIA
ISABEL	DÍAZ	D.G.M.S.I	SAN ISIDRO	BUENOS AIRES
ANA RITA	DÍAZ MUÑOZ	MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SABRINA	DIEK	OMBUSMAN	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA	DIEZ	INDEC	BUENOS AIRES	
ALICIA	DIZ	ÁREA MUJER DE GRAL. PINTO		
LUCIA NÉLIDA	DOMÍNGUEZ	MUNICIPALIDAD DE VALLE HERMOSO	VALLE HERMOSO	CÓRDOBA
LUIS FRANCISCO	DOMÍNGUEZ	PROGRAMA MATERNO INFANTIL	SANTIAGO DEL ESTERO	S. DEL ESTERO
PABLO	DURÁN	UCEPMIN		BUENOS AIRES
DIANA	ESTAURI			
MARÍA ELENA	ETCHEVERRY	MINIST. DE SALUD - MATERNO E INFANTIL	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
GABRIELA	FENAZZANO	H.C.D	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ALEJANDRO	FERNÁNDEZ	CONSEJO LOCAL DE LA MUJER	VILLA CONSTITUCIÓN	
ALICIA	FERREIRA	RED NACIONAL POR LA SALUD DE LA MUJER	FLORIDA	BUENOS AIRES
ANA	FERREYRA	COMUNA MONTES DE OCA	MONTES DE OCA	SANTA FE
HIPÓLITO	FILICE	PROMIN		MENDOZA
ANA MARÍA	FRANEONI	MINISTERIO DE SALUD DE SANTA FE	SANTA FE	SANTA FE
SUSANA ELIZABETH	FUENTES	DIRECCIÓN MUJER Y JUVENTUD		JUJUY
DIANA	GALIMBERTI	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
NORMA	GARCÍA	CONS. DE LA MUJER DE VIEDMA	VIEDMA	RÍO NEGRO
OSCAR	GARCÍA	DISAMI	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARIA CRISTINA	GARIBALDI			NEUQUÉN
LIDIA C.	GARRO	COMUNA MONTES DE OCA	MONTES DE OCA	
DAVID EFRÁIN	GARZÓN	PROGRAMA MATERNO INFANTIL		SALTA
ANA MARÍA	GIL	A. ECUMENICA DE CUYO		MENDOZA
F.	GIL LOZANO	DEFENSORIA DE LA CIUDAD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
NOSAIRES GOVAR				
MARÍA EUGENIA	GIMÉNEZ	CONSEJO PROVINCIAL DE LA MUJER	LA RIOJA	LA RIOJA
SUSANA	GJURKAN		TUCUMÁN	TUCUMÁN
LAURA	GOLBERG	CEDES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA GRACIELA	GÓMEZ	CONS. MUNIC. DE LA MUJER	VILLA CONSTITUCIÓN	V. CONSTITUCIÓN
ANA	GONZÁLEZ	INAI	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
CELSA BEATRIZ	GONZÁLEZ	GOBERNACIÓN DE MISIONES	POSADAS	MISIONES
SANDRA	GRISENDI	HOSPITAL MUNICIPAL DE VILLA ALLENDE	VILLA ALLENDE	CÓRDOBA
IRENE	GUARDIA	SEC. DE SALUD DE VTE. LÓPEZ	VICENTE LÓPEZ	BUENOS AIRES
CECILIA	GUREVICH	SUBSECRETARÍA DESARROLLO M. Y FLIA.	RAWSON	CHUBUT
MARÍA	GUTIERREZ		FORO	CIUDAD DE BUENOS AIRES
ANA	IGARZABAL	CENTRO DE ASISTENCIA (NIÑEZ)	VICENTE LÓPEZ	BUENOS AIRES
MARÍA	IRIBARREN	PERIÓDICO CONSULTOR DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARCELA	JAUREGUI	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
JUANA	KWEIREL	CELS	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
GRACIELA	LANTINO	FUNDACIÓN PROPUESTA	BANFIELD	BUENOS AIRES
SILVIA	LEDESMA	CÁMARA DE DIPUTADOS DE STA. CRUZ	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ANALÍA BEATRIZ	LEIVA	MATERNIDAD E INFANCIA	CATAMARCA	CATAMARCA
FLORENCIA	LIENA	CONICET	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
CELIA	LOMUTO	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
PATRICIA	LOVOTRICO	DTO. MUJER	LA PAMPA	LA PAMPA
ELVIRA TERESITA	LUZURIAGA	PROMIN (CORRIENTES)	CORRIENTES	CORRIENTES
BLANCA	LYONNET	HOSPITAL MUNICIPAL	V. GESELL	BUENOS AIRES
DIANA	MAFFIA	DEFENSORÍA DEL PUEBLO	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA LIA	MAJDALANI	PROG.MEDICINA GRAL.HTAL. DE CLÍNICAS	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
LUCRECIA	MANFREDI	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MIRTA	MARCHETTI	AMP		CATAMARCA
MARÍA MATILDE	MARCIA	CASA DE SANTA CRUZ	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
LAURA	MARGARIA	DIR. MATERNO INFANTIL. SALUD PÚBLICA	VIEDMA	RÍO NEGRO
PATRICIA	MÁRQUEZ VERA	HOSPITAL MUNICIPAL	VILLA ALLENDE	CÓRDOBA
ANGÉLICA	MARTÍNEZ	MUNICIPALIDAD	SANTA ROSA	
INÉS	MARTÍNEZ	UCEPMI	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SILVIA	MASSAROTTO	ASOC. PROV. AMAS DE CASA	SAN SALVADOR DE JUJUY	
OLGA	MAYA	SUBSECRETARÍA SALUD	SANTA ROSA	SANTA ROSA
MÓNICA	MEDA	MCM	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
INÉS	MÉNDEZ	SINDICATO DE SANIDAD	HURLINGHAN	BUENOS AIRES

Anexos

NOMBRE	APELLIDO	ORGANISMO	CIUDAD	PROVINCIA
RAÚL ESTEBAN	MÉNDEZ	SECRETARÍA DE SALUD	LOMAS DE ZAMORA	BUENOS AIRES
MARCELA	MONJE	MUNICIPALIDAD DE VILLA ALLENDE	VILLA ALLENDE	CÓRDOBA
YOLANDA	MONTES DE OCA	DEFENSORÍA DE NIÑOS Y NIÑAS	MORENO	BUENOS AIRES
MARÍA ELENA	MORENO	MUNICIPALIDAD DE COLONIA	SANTA ROSA	SALTA
ADOLFO	NEGROTTO	PROMIN - LA PAMPA	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
OLGA	NIRENBERG	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ALICIA	OCHOA	MUNIC. DE V. GESELL - ÁREA DE LA MUJER	VILLA GESELL	BUENOS AIRES
PATRICIA	OKULOWICZ	DTO. MUJER - MUNICIPAL	OBERÁ	MISIONES
MARÍA	OLIVELLA	UNLA	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
TERESA	OLIVERI	EPSISUR	QUILMES	BUENOS AIRES
LUCRECIA	OLLER	DGM	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MIRTA	OLMOS	MUNIC. DE V. GESELL - ÁREA DE LA MUJER	V. GESELL	BUENOS AIRES
DELIA MIRTA	OÑATE	DIR. MUJER Y FLIA.	SAN JUAN	SAN JUAN
CARLOS RAFAEL	ORTEGA SOLAR	FASGO	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARGARITA	OTAEGUI	SEC. DE SALUD	PARANÁ	ENTRE RÍOS
LAURA	PAGANI	FEIM	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ZULMEMA	PALMA	MUJERES AL OESTE	MORÓN	BUENOS AIRES
SUSANA	PARADOT	MULTISEC. MUJER	SANTA FE	SANTA FE
CARLOS	PAZ	SEC. DE SALUD	VILLA ALLENDE	CÓRDOBA
TERESITA DEL CARMEN	PAZ	MATERNIDAD E INFANCIA	CATAMARCA	CATAMARCA
MARÍA TERESA	PERALTA	MUNICIPALIDAD DE VALLE HERMOSO	VALLE HERMOSO	
ALICIA	PEREYRA	FUNDACIÓN PROPUESTA	ADROGUÉ	BUENOS AIRES
GABRIELA	PERROTTA	PROG. SALUD REPRODUCTIVA - GCBA	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
INÉS	PERTINO	UCPMYN	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MÓNICA	PETRACCI	CEDES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
PEDRO E.	PICASSO	MINIST. DE SALUD	RESISTENCIA	CHACO
JOSÉ FRANCISCO	PIVITORI	MINISTERIO DE SALUD		SANTA FE
AMADEO	POMES	MUNICIP. DE COMODORO RIVADAVIA	COMODORO RIVADAVIA	CHUBUT
PATRICIA	POMIES	FACULTAD DE CIENCIA SOCIALES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
GABRIELA	PONCE	CONSEJO MUNICIPAL DE LA MUJER	NASCHEL	SAN LUIS
MARTA NOEMÍ	QUEIRUGA	MINISTERIO DE SALUD	MONTE GRANDE	BUENOS AIRES
MARÍA INÉS	RE	FEIM	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
GUSTAVO	RÍOS	INST. NAC. DE ASUNTOS INDÍGENAS	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ADRIANA	ROBOTTI	INDEC	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
M. EMMA	RODRÍGUEZ DE YEP PROMIN		SANTA ROSA	LA PAMPA
JORGE	ROMERO	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	RESISTENCIA	CHACO
MARTHA	ROSENBERG	FORO POR LOS DD.RR	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARIELA	ROSSEN	CONSEJ. DE LOS DERECHOS DE NIÑAS Y ADOLS.		
CRISTINA	RUBIA	CONSEJO DE LA MUJER	LA CUMBRE	CÓRDOBA
RAQUEL	RUBIO DE VESCO	MUNICIPALIDAD DE NEUQUÉN	NEUQUÉN	NEUQUÉN
VIVIANA CLAUDIA	RUEDA	CONS. DE LA MUJER DE RÍO GRANDE	RÍO GRANDE	T. DEL FUEGO
BEATRIZ	RUFFA	CECYM	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
VALERIA	RUIZ	DEFENSORÍA NIÑOS	MORENO	BUENOS AIRES
MIRIAM	SALVO	HOSPITAL POSADAS	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA CRISTINA	SÁNCHEZ	NUEVO HORIZONTE	QUILMES OESTE	BUENOS AIRES
RICARDO	SANDRANSKY		CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ROBERTO	SANGUINETTI	FASGO	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
CRISTINA	SANS	SUBS.DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
RITA JOSEFINA	SANTARELLI	LEGISLATURA NEUQUÉN	PLAZA HUINCUL. NEUQUÉN	NEUQUÉN
PEDRO	SÁRASQUETA	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
LUIS	SARLENGA	ASESOR DIP LORENZO PEPE	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA GUADALUPE	SARTOR	MUNICIPALIDAD DE HURLINGHAM	HURLINGHAM	BUENOS AIRES
RICARDO	SEOLES	DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA JULIA	SIMONI	SECRET. D. SOCIAL (ÁREA MUJER)	RESISTENCIA	CHACO
TAMARA	SOICH	CEDES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SILVIA	SOSA	DEFENSORÍA	MORENO	BUENOS AIRES
SUSANA	STILMAN	MUJERES TRABAJANDO	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
ELISA	STRAJLEVICH	MINISTERIO DE SALUD	RAWSON	CHUBUT
CRISTINA	SUÁREZ	MUN. DE GRAL. PUEYRRREDÓN	MAR DEL PLATA	
VÍCTOR	SULIMOVICH	MUNICIPALIDAD DE VILLA GESELL	VGESELL	
DALIA	SZULIK	CEDES	CIUDAD DE BUENOS AIRES	

Mortalidad materna: un problema de salud pública y derechos humanos

NOMBRE	APELLIDO	ORGANISMO	CIUDAD	PROVINCIA
SUSANA ELENA	TEJADA	DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN AL MENOR		SAN JUAN
ROSARIO	TETI	U.C.E.F.F.I.	FLORENCIO VARELA	BUENOS AIRES
LILIANA	TOLEDO	AMP	RAWSON	CHUBUT
ILDA INÉS	TOLEDO	PROG. MATERNO INFANTIL DE MISIONES	POSADAS	MISIONES
MARTA EVA	TURIN DE LLANOS	ÁREA MUJER DE LA PAMPA	SANTA ROSA	LA PAMPA
SANDRA GABRIELA	VARGAS	INSTITUTO PCIAL. DE LA MUJER	RESISTENCIA	CHACO
SARA	VÁZQUEZ	MUNICIPALIDAD DE HURLINGHAM	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SUSANA	VÁZQUEZ	GESETS	RAMOS MEJÍA	MATANZA
NILDA	VÁZQUEZ	INADI	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SILVIA	VÁZQUEZ	CNM.DIPUTADOS	HURLINGHAM	BUENOS AIRES
ROSA	VELLOSO	MUNICIPALIDAD DE LA PAMPA		LA PAMPA
OLGA	VIGLIOLA	AAPF	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
JORGE	VILLALBA	PROSEC. MUNIC. DE LOMAS DE ZAMORA	LOMAS DE ZAMORA	BUENOS AIRES
GLADIS B.	VILLALBA	DEFENSORÍAS	TRUJUY - MORENO	BUENOS AIRES
NORMA	VILLAR	ETAP	CATRIEL	RÍO NEGRO
JORGE	VINACUR	FASGO	BUENOS AIRES	
LILIANA	VOTO		CIUDAD DE BUENOS AIRES	
SILVIA	VUEGEN	MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
NORMA	WILCHE	CONS. DE LA MUJER DE RÍO GRANDE		SANTA CRUZ
JOSETTE	WRÄWERMÄN	UCEPMI - MINISTERIO DE SALUD	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
MARÍA EMILIA	ZELÄRRÄYÄN	ÁREA MUJER DE TUCUMÁN		TUCUMÁN
VIRGINIA	ZONCO	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	CIUDAD DE BUENOS AIRES	
LUCILA	ZONCO	SUBSECRETARÍA DE SALUD	NEUQUÉN	NEUQUÉN
CARLOS	CARDELLO	DIR. MENOR. E INFANCIA		MENDOZA



Esta publicación es el resultado de un seminario nacional organizado en el año 2001 por el Ministerio de Salud de la Nación, el Consejo Nacional de la Mujer y UNICEF - Oficina de Argentina, que contó además con cooperación de la Organización Panamericana de la Salud. Durante sus jornadas, se vincularon esfuerzos nacionales y de agencias internacionales para poner en debate un tema que en la Argentina de hoy va consolidando su espacio progresivamente. Expositores provenientes de distintos países latinoamericanos y de diversas provincias argentinas realizaron los aportes que hoy compilamos y difundimos en el presente material.

Es nuestro deseo que el libro constituya para los equipos técnicos y para los estudiosos del tema una auténtica herramienta que no sólo permita conocer esta realidad sino que, a partir de su reconocimiento, permita transformarla.